

医療の記録

保護者記入

このページは、かかりつけの医療機関があるときなどに記載してください。
特に、持病やアレルギーの情報は大変重要になります。記入漏れがないようにしてください。

疾患	診断名等	医療機関 (主治医氏名)	年月日
眼疾・視力	診断名： 治療：	()	発症： 治癒：
耳鼻咽喉・聴力	診断名： 治療：	()	発症： 治癒：
心臓疾患	診断名： 治療：	()	発症： 治癒：
じん臓疾患	診断名： 治療：	()	発症： 治癒：
せき柱・胸郭	診断名： 治療：	()	発症： 治癒：
ぜん息	診断名： 原因： 治療：	()	発症： 治癒：
アトピー [°] -性皮膚炎	診断名： 原因： 治療：	()	発症： 治癒：
アレルギー [°] -性鼻炎	診断名： 原因： 治療：	()	発症： 治癒：
アレルギー [°] -性結膜炎	診断名： 原因： 治療：	()	発症： 治癒：
食物アレルギー [°] - その他のアレルギー [°] -	診断名： 原因：鶏卵、牛乳・乳製品、小麦 そば、ピーナッツ、種実類 甲殻類、果物類、魚、肉、 草、動物、ほこり、金属 その他() 治療：	()	発症： 治癒：
アナフィラキシー ⁻	診断名： 原因：食物() 運動誘発、昆虫、医薬品 治療：	()	発症： 治癒：