

## 健康に関すること

記入日：           年    月    日現在	
<b>医療機関名</b>  (主治医)	電話           —    —
<b>受診結果</b> 主治医からの  <b>注意事項</b>	
<b>アレルギー</b>	アレルギーの内容  無 ・ 有
<b>長期に治療が 必要な病気</b>	治療の内容  無 ・ 有
<b>[特記事項]</b>	