

## 健康に関すること

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