◉過去にかかったことのある大きな病気・けが

□ 病名・症状：

治療期間：

病 院 名：

□ 病名・症状：

治療期間：

病 院 名：

□ 病名・症状：

治療期間：

病 院 名：

◉お薬手帳

□ 有・無　保管場所：

◉その他手帳等の有無

□ 障がい者手帳　有・無　保管場所：

種類：□ 身障　　□ 療育　　□ 精神

級　　障がい名

□ その他（難病等）：