3　医療の記録

記入日（　　年　　月　　日）

感染症について

病名	かかった時期	病名	かかった時期
麻しん（はしか）	歳頃	風しん（三日はしか）	歳頃
水痘（みずぼうそう）	歳頃	おたふくかぜ	歳頃
伝染性紅斑（りんご病）	歳頃	手足口病	歳頃

大きな病気・怪我など（入院・通院・手術など）

病名	かかった時期	医療機関名
	年　月　日 （　　歳頃）	病院名： 医師名：
	年　月　日 （　　歳頃）	病院名： 医師名：
	年　月　日 （　　歳頃）	病院名： 医師名：
	年　月　日 （　　歳頃）	病院名： 医師名：
	年　月　日 （　　歳頃）	病院名： 医師名：
	年　月　日 （　　歳頃）	病院名： 医師名：
	年　月　日 （　　歳頃）	病院名： 医師名：
	年　月　日 （　　歳頃）	病院名： 医師名：
	年　月　日 （　　歳頃）	病院名： 医師名：
	年　月　日 （　　歳頃）	病院名： 医師名：
	年　月　日 （　　歳頃）	病院名： 医師名：
	年　月　日 （　　歳頃）	病院名： 医師名：
	年　月　日 （　　歳頃）	病院名： 医師名：

健康状態（てんかん・心臓病・喘息・アレルギーなど）

心療内科・精神科病院受診についても記入してください。

病名	いつ頃から	症状や対応	医療機関名
			病院名： 医師名：
			病院名： 医師名：
			病院名： 医師名：
			病院名： 医師名：
			病院名： 医師名：
			病院名： 医師名：
			病院名： 医師名：
			病院名： 医師名：
			病院名： 医師名：
			病院名： 医師名：
			病院名： 医師名：
			病院名： 医師名：
			病院名： 医師名：
			病院名： 医師名：
			病院名： 医師名：