

私のプロフィール

記入日

年

月

日

ふりがな			
氏名			
生年月日			
住所			
連絡先			
緊急連絡先	氏名	ご関係	電話番号
1			
2			
3			

かかりつけの病院

病院名	電話番号

かかりつけの歯科

歯科名	電話番号

かかりつけの薬局

薬局名	電話番号

これまでにかかった病気

年月日	病名	経過	病院名
例 平成 20 年 8 月 1 日	<h3 style="color: orange;">高血圧症</h3>	<input type="checkbox"/> 治療中 <input checked="" type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 終了	<h3 style="color: orange;">〇〇病院</h3>
年 月 日		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 終了	
年 月 日		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 終了	
年 月 日		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 終了	
年 月 日		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 終了	
年 月 日		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 終了	
年 月 日		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 終了	

● 病気や体調について心配なこと・みんなに知っておいてもらいたいことを書きましょう

.....

.....

.....