

(様式3) 医療の記録

● 保険・予防接種等				
保険等	健康保険証 記号番号 〔 〕	乳幼児医療 〔 〕	重度医療受給者証 〔 〕	その他
予防接種等	BCG (年 月) <input type="checkbox"/> 接種済み	三種混合(年 月) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 追加	ポリオ (年 月) <input type="checkbox"/> 接種済み <input type="checkbox"/> 追加	麻疹 (年 月) <input type="checkbox"/> 接種済み
	風疹 (年 月) <input type="checkbox"/> 接種済み	耳下腺炎(年 月) <input type="checkbox"/> 接種済み	水痘 (年 月) <input type="checkbox"/> 接種済み	(年 月)

● 既往歴・治療状況					
治療状況	病名 (り患時期)	医療機関 (主治医)	受診状況 (通入院、検査)	服薬	経過と現在の状況

● 血液型、平均体温、医療面で生活上配慮する事項、アレルギー（食物・薬など）	
・血液型：()型	・平均体温：()℃
・医療面で生活上配慮する事項	
・アレルギー(食物・薬等)	