

アレルギー (有・無)

☐ その他()

副作用歴 (有・無)

既往歴・手術歴 (有・無)

・運転 (する ・ しない)

血液型 A・B・O・AB (RH + -

緊急連絡先

電話番号

ジェネリック医薬品

希望します / 希望しません

血圧の記録

[illegible]