

現在の治療【 年 月 日 ( 歳 か月現在) 】

アレルギー

<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	アレルギー
	症状 ※エピペン使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )

てんかん発作

<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	予兆：
	発作時の対応 <input type="checkbox"/> 坐薬挿入： <input type="checkbox"/> その他

定期薬

<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※内容はお薬手帳で確認
------------------------------------------------------------	-------------

臨時薬

<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	〈薬剤名と使い方〉
------------------------------------------------------------	-----------

注射

<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	薬剤名 ポンプ使用の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( L) 投与時間 回数 その他
	薬剤名 ポンプ使用の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( L) 投与時間 回数 その他