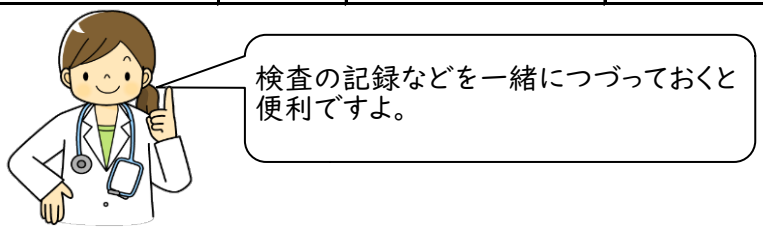
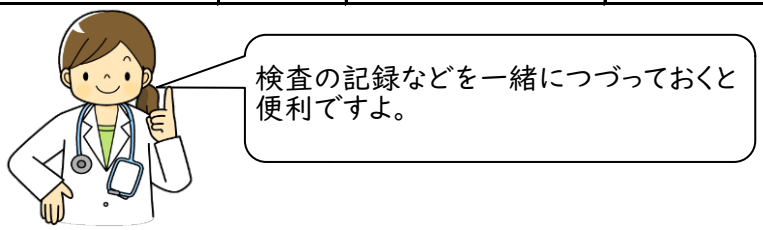
医療機関（通院・入院・病気・服薬・診断等）・各種検査の記録

お子さんの病気やけがなどの病院受診や検査結果などをお書きください。

医療機関名 検査機関名	年月日	年齢 （　歳　か月）	通院・入院・ 病気・けが・検査等	担当者
（例） ○○病院	○年○月	○歳○か月	耳の聞こえの検査	○○医師



医療機関（通院・入院・病気・服薬・診断等）の記録

お子さんの病気やけがなどの病院受診や検査結果などをお書きください。

医療機関名 検査機関名	年月日	年齢 （　歳　か月）	通院・入院・ 病気・けが・検査等	担当者
（例） ○○病院	○年○月	○歳○か月	耳の聞こえの検査	○○医師