

ワクチン接種歴		
年 月	病院名	ワクチン名

手 術 歴				
年 月	病院名	手術名	宿泊	完治までの期間

通 院 歴				
年 月	病院名	病名	薬	完治までの期間

保 険	保険会社名	プランなどの詳細
加入・未加入		

項 目	頻 度			どのくらいに1度	最後になった年月
食後の吐き戻し	よくする	する	しない		
誤飲	しやすい	しにくい	未経験		
膀胱炎	なりやすい	なりにくい	未経験		
尿結石	なりやすい	なりにくい	未経験		