

主治医様

健康管理について

名前

健康管理について、必要事項をご記入くださいますようお願いいたします。

1. 診断名

2. 服薬・治療の状況

3. 運動などの制限

4. 制限の期間

5. その他（連絡または注意事項）

年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

印

注意：記載した医師以外の訂正、修正は無効

(修正や加筆がある場合、発行元に問い合わせることがあります)