

个人健康记录

用铅笔。定期更新。

我的名字

重要电话号码

| | |
|----------------|-----|
| 教练： | 电话： |
| 主治医院： | 电话： |
| 牙医： | 电话： |
| 医院： | 电话： |
| 护理人（家人/朋友/邻居）： | 电话： |

我的健康目标：

药物与补品记录

名称 | 剂量 | 时间 | 原因

| | | | | |
|-----|--|--|--|--|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |
| 11. | | | | |
| 12. | | | | |

过敏

包括药物过敏

给医生的问题

问题与担心