

Личные Медицинские Записи

Используйте карандаш. Обновляйте записи на регулярной основе.

Ваше Им Ваше Имя

Важные номера телефонов:

Тренер:	Телефон:
Основной лечащий врач:	Телефон:
Стоматолог:	Телефон:
Госпиталь:	Телефон:
Работник по уходу:	Телефон:

Ваши цели в отношении Вашего здоровья

Список лекарств и пищевых добавок

Название | Доза | Как часто принимать | Причина

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

Аллергии

В том числе лекарственные аллергии

Вопросы к доктору

Вопросы и проблемы