

[初診日から現在までの状況]

医療機関名と受診期間	症状、通院回数、治療内容、薬の名称、医師から言われたこと、日常生活の状況（不自由さ）など分かる範囲で記載して下さい。
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	

※書ききれない場合は、枠外もしくは裏面に記載して下さい。