エピネフリン自己注射薬生徒情報

住　　所

電話番号

氏　　名

性　　別

生年月日　　　　　　　年　　月　　日生　（性別　　　）（　　　歳）

原因物質

医療機関

電話番号

担当医師

内 服 薬

そ の 他