# 의료 이력 요약



본인 이름 _____

생년월일 _____

혈액형 _____

알레르기 _____

## 진단명 및 만성 질환

## 수술 및 입원 이력

| 연도 | 내용 | 병원·병동 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 전문의 및 진료 기관

| 이름 | 전문 분야 | 전화번호 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

## 예방접종 (접종 날짜 포함)

**최종 수정일**