Краткая история болезни

Имя человека _____

Дата рождения _____

Группа крови _____

Аллергии _____

Диагнозы и хронические заболевания

ОПЕРАЦИИ И ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Год	Что	Больница и отделение

СПЕЦИАЛИСТЫ И КЛИНИКИ

Имя	Специальность	Телефон

Прививки (с датами)

Обновлено