# Короткий виклад медичної історії



Ім’я людини _____

Дата народження _____

Група крові _____

Алергії _____

Діагнози та хронічні захворювання

## ОПЕРАЦІЇ ТА ПЕРЕБУВАННЯ В ЛІКАРНІ

| Рік | Що | Лікарня й відділення |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## ЛІКАРІ-СПЕЦІАЛІСТИ ТА КЛІНІКИ

| Ім’я | Спеціальність | Телефон |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Щеплення (із зазначенням дат)

**Оновлено**