病史摘要

本人姓名 _____

出生日期 _____

血型 _____

过敏 _____

诊断结果和长期健康问题

手术和住院经历

年份	内容	医院和病房

专科医生和诊所

姓名	专科	电话

疫苗接种情况（含日期）

最后更新