



○ 体調が変化したときに受診する医療機関の希望 なし ・ あり

→ ありの場合 医療機関名 ( クリニック・病院 )

○ 受診の際に処方されるお薬は、ジェネリックを希望 する ・ しない

**【医療の制限】**

医療機関を受診の際、希望されない処置がある場合はご記載ください

( )

☆ その他、気をつけて欲しいこと、発育・発達についてなど伝えておきたい内容があればご記載ください

( )