

メディカルアラート (以下に旅行者の情報をご記入ください。)

名前:.....

この患者さんは、以下の医師が治療しています:

医師名:.....

お問い合わせ先:.....

次のような症状を呈した場合:

次のテストを行ってください。

この患者さんが服用している薬(以下に書くか、処方箋のコピーを添付してください。)

詳しくは、以下のホームページをご覧ください。