

薬や発作について	<p>【通常使用している医薬品】 <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない ※ ある場合はどのような薬か、また服用時間・間隔等も御記入ください。</p> <p>【けいれん等の発作】 <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない ※ ある場合はどのようなものか、どのような時におきるのか、また、対処の方法も御記入ください。</p>
エピペンについて	<p>【アドレナリン自己注射薬を持っていますか。】 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ※ 「はい」にチェックをした方には、後日詳しい情報をお尋ねすることがあります。</p>
その他	※参加にあたって、特に配慮すること、注意すること等があれば御記入ください。