

Allergy and Immunization History Record

Patient Information

Full Name

Date of Birth

Gender

Patient ID / Record No.

Contact Number

Allergy History

Allergen	Reaction	Date Identified	Notes
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Other Notes

Immunization History

Vaccine	Date Given	Dose	Provider/Location	Notes
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Other Immunization Notes

Reviewed/Verified by

Date

