

食物アレルギーに関する情報票

お子様氏名： _____

生年月日： _____年 _____月 _____日 年齢 _____歳

住 所： _____

電話番号： _____

かかりつけの医療機関名： _____

電話番号： _____

アナフィラキシーの原因となるもの

誘発症状（出現する可能性のある症状）

緊急連絡先

連絡順位① 氏名： _____ 続柄等： _____ 電話番号 _____

連絡順位② 氏名： _____ 続柄等： _____ 電話番号 _____

連絡順位③ 氏名： _____ 続柄等： _____ 電話番号 _____

緊急時の対応

内服薬 : _____

注射薬 : エピペン 0.15mg (小児用)、エピペン 0.3mg (大人用) ※○をつける

その他 : _____

※かかりつけ以外に搬送する医療機関がある場合

医療機関名 : _____

電話番号 : _____

その他、要望事項、医師等から注意されていること等

食物アレルギーによるアナフィラキシーを起こす場合は、ご記入ください。

■質問 1 : 食物アレルギーの症状について

原因食物の摂取後に起こる症状について記入して下さい。

① 卵 → 具体的症状 : _____

② 乳 → 具体的症状 : _____

③ 小麦 → 具体的症状 : _____

■質問 2 : 現在除去中の食べ物はありますか？

いいえ はい (食物名 : _____)

■質問 3 : 質問 2 の除去食はどなたが判断しましたか？

医師 保護者 その他 (_____)

■質問 4 : アレルギー検査をうけたことはありますか？ またその時の検査結果は？

いいえ

はい → 検査年月日 年 月 日

検査結果 _____

■質問 5 : 運動 (競技) でアナフィラキシーの症状を発症したことはありますか？

いいえ

はい → 食事との関連あり 食事との関連なし ※○をつける

その他、食事アレルギーに関する要望事項等
