



アレルギー状況

アレルギー（あり・なし）

<名前

>

★
第4

アレルギー	アレルゲン	状況・症状	受診・服薬等
食物アレルギー	アレルギー（卵・牛乳・乳製品・小麦 そば・ピーナッツなど）	症状・除去の程度（完全除去・微量混入は可・加工品は可・特にしていない）・注意事項	◆服薬（あり・なし） ◆受診（ヶ月毎・必要時） ◆医療機関名 []
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	あり・なし		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
その他のアレルギー	・		◆アナフィラキシーの既往（あり・なし） 原因食品 _____ 発生日月： 年 月 日
	・		◆緊急時対応（あり・なし） □飲み薬 □吸入器 □自己注射薬（エピペン） ※薬品名 ()
	・		
	・		

更新年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 _____ 年 _____ 月 _____ 日

