

2013 年度アレルギーに対する情報票

選手氏名 : _____

生年月日 : _____年_____月_____日 年齢 _____歳

性別 : 男子 女子

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	氏名	続柄等	電話番号	連絡先	特記事項
1				自宅・職場・携帯	
2				自宅・職場・携帯	
3				自宅・職場・携帯	

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)

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可能性のある場合は、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ください。

食物名	症 状
卵	具体的症状： <input type="checkbox"/> 不明
乳	具体的症状： <input type="checkbox"/> 不明
小麦	具体的症状： <input type="checkbox"/> 不明
	具体的症状： <input type="checkbox"/> 不明
	具体的症状： <input type="checkbox"/> 不明
	具体的症状： <input type="checkbox"/> 不明

■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：アレルギーの検査を受けた事がありますか？

いいえ
 はい ⇒ 検査年月日 _____年____月____日

■質問 5：運動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 ⇒ 食事との関連有り 食事との関連なし

その他、要望事項等
