

緊急時のこと②

記入者名

記入日 平成 年 月 日

確認事項	昭和 ・ 平成 年 月 日生まれ (歳 カ月) 男 ・ 女	
	血液型 A B O AB (+ -)	
	平均体温 度	保険証の記号・番号 記号 番号
食物アレルギー ある ・ ない	●絶対に食べてはいけないもの (赤○で囲む) 卵 牛乳 大豆 小麦 そば その他 ()	
	●現在の状態 完全除去 ・ 一部除去 () ・ 回転食	
	症 状	対処方法・注意事項
	薬の服用 (ある・ない) 薬の名前	
薬アレルギー ある ・ ない	●絶対に使ってはいけない医薬品 (赤で記入)	
	症 状	対処方法・注意事項
その他のアレルギー	アトピー性皮膚炎 紫外線 花粉症 ダニ、ハウスダスト 蜂 動物 () 化学物質過敏症 (シックハウスなど) じんましん その他 ()	
	症 状	対処方法・注意事項
かかりつけ医療機関	電話番号	主治医名