

緊急時のこと②

記入者

記入日

年 月 日

確認事項	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日生まれ 男 ・ 女		
	血液型 A B O A B (+ -)		
	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