

## 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 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	<p>●絶対に食べてはいけないもの (赤〇で囲む)</p> <p>卵 牛乳 大豆 小麦 そば</p> <p>その他 ( )</p> <p>●現在の状態</p> <p>完全除去・一部除去 ( ) - 回転食</p>	
	症 状	対処方法・注意すること
		<p>薬の服用 (ある・ない)</p> <p>薬の名前</p>
薬アレルギー ある ない	<p>●絶対に使ってはいけない医薬品 (赤で記入)</p>	
	症 状	対処方法・注意すること
その他のアレルギー	<p>アトピー性皮膚炎 紫外線 花粉症 ダニ、ハウスダスト</p> <p>蜂 動物 ( )</p> <p>化学物質過敏症 (シックハウスなど) じんましん</p> <p>その他 ( )</p>	
	症 状	対処方法・注意すること
かかりつけ 医療機関	電話番号	主治医名