

## 食物アレルギーに関する情報票（例）

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 : アレルギー検査を受けたことはありますか？また、その時の検査結果は？

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 ⇒  食事との関連あり  食事との関連なし

その他、食事アレルギーに関する要望事項等

---

---

---

---