夕陽の丘神田　合宿利用にあたって

**食物アレルギーに関する情報票**

　：

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）

かかりつけの医療機関名：

電話番号：

**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0.15㎎（小児用）、エピペン0.3㎎（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、健康状態、医師等から注意されていること等

以下、食物アレルギーに関する質問にお答えください。

■質問1　：　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2　：　質問1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3　：　アレルギー検査を受けたことはありますか？

　　　　　□いいえ

　　　　　□はい　⇒　検査年月日　　　　　　年　　　　月　　　　日

■質問4　：　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