

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

ふりがな

選手氏名 : \_\_\_\_\_

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 mg (小児用)、エピペン 0.3 mg (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がありますか？  
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