

アレルギー・禁止項目情報記入用紙

フリガナ
氏名
生年月日 20 年 月 日

前回、記入いただいてから変更点がありますか？ <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> 初めて記入 あり/初めて記入の場合、下記を記入して下さい
--

1. 食べ物/ミルク

食べると症状が出る、食べることを禁止されている食物がありますか？	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
「あり」の場合、詳しく教えてください	食品名
アレルギー症状が出る食品がある	
医師等から摂取を禁止されている食品がある (グレープフルーツ、納豆など)	(理由)
アレルギー検査陽性、宗教など他の理由で 摂取できない食品がある	(理由)

2. お薬

薬でアレルギー症状が出たことや、禁止されている薬はありますか？	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
「あり」の場合、詳しく教えてください	薬品名
アレルギー症状が出る薬品がある	
飲み合わせなどの理由で、医師等から 禁止されている薬品がある	(理由)

3. その他

アルコール消毒液により皮膚がひどく赤くなったり 水疱になったりしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他アレルギーや使用を禁止されているものはありますか？	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
「あり」の場合、詳しく教えてください	商品名
アレルギー症状が出る商品 (ラテックス、テープ、金属など)	
その他の禁止されている物	(理由)

上記の食物の摂取・薬剤などの投与の禁止をお願いします。

20 年 月 日 署名

(本人・家族)

Dクラーク

Dクラークは、プロフィール入力後に、左の□に✓マークを入れる。

診療医

診療医は、プロフィールを確認後に、左の□に✓マークを入れる。