

アレルギー・禁止項目情報記入用紙

患者氏名

様

(診察券番号

)

前回の記入後、情報に変更がありますか？

あり ・ なし

・ありの場合、下記の項目を記入してください。・なしの場合、記入は不要です。

●食物アレルギー

1 食べると症状が出る。あるいは医師から禁止されている食物がありますか？

あり ・ なし

2 「あり」の場合は該当する食物をチェックしてください(該当するものがない場合はその他にチェックしてください。)

	種類	ある場合に チェック	症状	症状は認めないが医師から 禁止されている
乳製品	牛乳・乳製品(ミルクなど)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
卵類	鶏卵・卵製品	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
卵類	生卵(マヨネーズを含む)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
豆類	大豆・大豆製品	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
穀物	小麦・小麦製品	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
穀物	ソバ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
魚介類	青魚(サバなど)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
魚介類	サケ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
魚介類	魚卵(イクラなど)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
魚介類	イカ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
魚介類	甲殻類(エビ・カニ)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
魚介類	タコ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
魚介類	貝類(アワビなど)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
果物	柑橘類(オレンジなど)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
果物	バナナ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
果物	リンゴ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
果物	メロン	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
果物	キウイフルーツ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
果物	モモ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
果物	パイナップル	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
肉類	豚肉	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
肉類	牛肉	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
肉類	鶏肉	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他	ピーナッツ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他	種実類・木の実類(クルミ・ゴマなど)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他	キノコ類(シイタケ・マツタケなど)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他	ヤマイモ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他	ゼラチン	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他	その他のアレルギー食品()	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

●ミルクアレルギー

あり ・ なし

現在飲んでいるミルクを記載してください。

ミルク名(必須)

●薬のアレルギー

あり ・ なし

薬を使って何か症状が出たことや、医師から禁止されている薬がありますか？

「あり」の場合は薬品名を記載してください。

薬剤名

(症状

)

●その他のアレルギー・禁止項目

あり ・ なし

使用により症状が出る、あるいは医師から禁止されているものがありますか？

乳糖 ・ ラテックス ・ アルコール ・ 絆創膏

・グレープフルーツ ・ 納豆 ・ その他 (

)症状

上記の食物の摂取、薬剤の投与の禁止をお願いします。

年 月 日 (本人・家族)の署名

診療医

Dクラーク

Dクラークはプロフィールへの入力済んだ場合、DクラークBOXをレ点チェックする。
診療医はプロフィールの確認が済んだ場合、診療医BOXをレ点チェックする。