

アレルギー・禁止項目情報記入用紙

ID フリガナ 氏名	生年月日	年齢
------------------	------	----

1.アレルギー薬品

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」の場合は、記入してください。) 

アレルギー症状が出る薬品がある	(薬品名)
飲み合わせなどの理由で、 医師から禁止されている薬品がある	(薬品名) (理由)

2.アレルギー食品／摂取不可食品

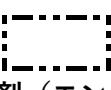
アレルギー症状が出る食品がある	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
宗教などの理由で摂取できない食品がある	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
服薬などで医師等から摂取を禁止されている食品がある	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

3.その他

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
--------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

(「あり」の場合は、記入してください。) 

アレルギー症状が出るもの	<input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> ラテックス <input type="checkbox"/> ヨード剤 <input type="checkbox"/> アルコール剤 <input type="checkbox"/> 乳糖
上記以外で禁止されているものがある (例：テープなど)	(品名) (理由)

●裏面もご確認・ご記入の上、下記  にご署名ください。

●現在ミルク哺乳のみ、または経腸栄養剤（エンシュア、ラコール等）のみの方は、裏面の記載は不要です。
(但し、ミルクアレルギーのある方は、裏面の記載をお願いします)



上記（裏面）の食物の摂取・薬剤などの投与の禁止をお願いします。

(西暦)

年 月 日 署名 (本人・家族)

入力済み確認チェック (Dクラーク/医師)

診療医確認

本用紙と入力内容の同一チェック

(入院時のみ：看護師orDクラーク)

ID
フリガナ
氏名

●アレルギー科初診・負荷試験、離乳食摂取中の方: □はい □いいえ ←全員チェック必須項目

注: ※印の果物が【食べるの禁止】の場合で、缶詰・ジャムなど加熱すれば食べられる場合は、「缶詰・ジャム摂取可」に☑してください

カテゴリー	食品	禁止されているもの・症状が出るもの	食べさせていないもの	宗教	カテゴリー	食品	禁止されているもの・症状が出るもの	食べさせていないもの	宗教			
乳製品	★ミルク	<input type="checkbox"/>	★□	/	果物	オレンジ・みかん※	□ 缶詰・ジャム摂取可	<input type="checkbox"/>	□			
	★牛乳・乳製品	<input type="checkbox"/>	★□	/		バナナ		<input type="checkbox"/>	□			
卵類	★鶏卵・卵製品 (全卵:卵白含む)	<input type="checkbox"/>	★□	/	果物	リンゴ ※	□ 缶詰・ジャム摂取可	<input type="checkbox"/>	□			
	★マヨネーズ	<input type="checkbox"/>	★□	/		メロン		<input type="checkbox"/>	□			
豆類	★半熟・生卵	<input type="checkbox"/>	★□	/	果物	キウイフルーツ		<input type="checkbox"/>	□			
	★大豆・大豆製品 □みそ摂取可 □しょうゆ摂取可	<input type="checkbox"/>	★□	/		モモ ※	□ 缶詰・ジャム摂取可	<input type="checkbox"/>	□			
穀物	★小麦・小麦製品 □しょうゆ摂取可	<input type="checkbox"/>	★□	/	肉類	パイナップル※	□ 缶詰・ジャム摂取可	<input type="checkbox"/>	□			
	ソバ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/		豚肉		<input type="checkbox"/>	□			
魚介類	★えび	<input type="checkbox"/>	★□	/	その他	牛肉		<input type="checkbox"/>	□			
	★かに (エキス含む 例:カニカマ)	<input type="checkbox"/>	★□	/		鶏肉		<input type="checkbox"/>	□			
	さば	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/		ピーナッツ		<input type="checkbox"/>	□			
	あじ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/		くるみ		<input type="checkbox"/>	□			
	いわし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/		アーモンド		<input type="checkbox"/>	□			
	さんま	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/		カシューナッツ		<input type="checkbox"/>	□			
	ぶり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/		マカダミアナッツ		<input type="checkbox"/>	□			
	サケ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/		ごま		<input type="checkbox"/>	□			
	かじき	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/		ヤマイモ		<input type="checkbox"/>	□			
	まぐろ(ツナ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/		キノコ類(シイタケ・しめじ・えのきなど)		<input type="checkbox"/>	□			
	かつおだし・かつおぶし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/		ゼラチン		<input type="checkbox"/>	□			
	タイ(赤魚など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/		アルコール類(料理酒・みりん含)		<input type="checkbox"/>	□			
	たら	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/		その他食品()		<input type="checkbox"/>	□			
	かれい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	薬剤関連	★納豆	★□	/	/			
	ししゃも	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/		★グレープフルーツ	★□	/	/			
	しらす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	★マークは、病院スタッフの管理上の印です							
	魚卵(イクラなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/								
	貝類(ほたて・オイスター・ソースなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/								
	イカ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/								
	タコ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/								