

食物アレルギー
個人情報カード

私にはアレルギーがあります。

氏名
年齢 歳
生年月日 年 月 日
住所

電話番号
保護者氏名
保護者氏名

20 年 月 日現在

食物アレルギーのため
私が食べられないもの

- ・症状がでるもの…○
- ・重い症状がでるもの…◎

卵 乳 小麦
そば ピーナッツ
えび かに
クルミ カシューナッツ

ほか()

自宅以外の連絡先

氏名	続柄	連絡先(TEL)

応急処置

薬のある場所 _____

☆使う薬
症状 薬

- ・私はエピペンを、
() 持っています
() 持っていません

声が出ないほどつらそうな時は救急車を呼んで下さい。エピペンがある場合は、注射して下さい。詳しい使用方法はエピペン本体に記載があります。

アトピー性皮膚炎
喘息
その他 _____ があります。

使っている薬

かかりつけ医

病院名

住所

電話番号

担当医

① 山折り

家族の災害時の避難先

避難先1

名称

電話番号

避難先2

名称

電話番号

メモ

一般向けエピペン[®]の適応(日本小児アレルギー学会)

エピペン[®]が処方されている患者でアナフィラキシーショックを疑う場合、
下記の症状が一つでもあれば使用すべきである。

消化器の症状	・繰り返し吐き続ける	・持続する強い(がまんできない)おなかの痛み	
呼吸器の症状	・のどや胸が締め付けられる ・持続する強い咳込み	・声がかすれる ・ゼーゼーする呼吸	・犬が吠えるような咳 ・息がしにくい
全身の症状	・唇や爪が青白い ・意識がもうろうとしている	・脈を触れにくい・不規則 ・ぐったりしている	・尿や便を漏らす