

# 食物アレルギーに関する記入票

この記入表は主に、医療機関への事前資料として使用いたします。  
 ※10品目除去の食事内容を変更する為の資料ではございませんので予めご承知おきください。  
 食物アレルギーの方が複数いらっしゃる場合は、おひとりにつき1枚ご記入下さい。

食物アレルギーをお持ちの方のお名前 様 生年月日(西暦) 年 月 日

## 1、アレルギー症状を引き起こす原因は何ですか？

- ダニ ハウスダスト ペットのフケ、毛等 花粉 カビ 蜂毒  
食物(種類は質問2) ラテックス 金属  
薬物(種類: )  
その他( )

## 2、現在除去が必要な食品名に○をつけてください。

そのうち、特に注意を要する原因食材には、◎をつけてください。

※久米島指定の除去10品目																				その他								
※卵	※乳	※小麦	※そば	※ピーナッツ	※大豆	※ゴマ	※ナッツ類	※エビ	※カニ	りんご	オレンジ	もも	キウイフルーツ	バナナ	イクラ	アワビ	イカ	サケ	サバ		牛肉	豚肉	鶏肉	ゼラチン	まつたけ	くるみ	やまいも	
その他(気になる食品)種類:																												

## 3、これまでの誘発症状にチェックをお願いします。

- 即時型反応: ショック 咳き込み 呼吸困難 嘔吐・腹痛 顔面紅潮 蕁麻疹  
 非即時型反応: 湿疹 掻痒感 下痢  
食物依存性運動誘発アナフィラキシー【原因食材: 】  
アトピー性皮膚炎  
特になし

## 4、喘息はありますか？ はい ・ いいえ

## 5、アナフィラキシー及びアナフィラキシーショックを起こしたことがありますか？

- |              |        |        |   |     |
|--------------|--------|--------|---|-----|
| アナフィラキシーショック | はい(時期: | ・原因食材: | ・ | いいえ |
| アナフィラキシーショック | はい(時期: | ・原因食材: | ・ | いいえ |
| アナフィラキシー     | はい(時期: | ・原因食材: | ・ | いいえ |
| アナフィラキシー     | はい(時期: | ・原因食材: | ・ | いいえ |
| アナフィラキシー     | はい(時期: | ・原因食材: | ・ | いいえ |

## 6、エピペンはお持ちになりますか？ はい ・ いいえ

## 7、その他、お持ちになる処方薬や器具をご記入下さい。

## 8、タバコの臭いで体調を崩すことはありますか？ はい ・ いいえ

## 食物アレルギーに関する記入票2

主治医の先生にお尋ねいたします。

ご記入は、主治医の先生、お客様ご本人のどちらでも結構ですが、必ずご提出下さい。

※ この記入票は、お客様に気持ちよくご滞在頂くことを目的としたものであり、それ以外の用途には使用致しません。また、旅行終了後6ヶ月で破棄致します。

※ 主治医の先生がご記入され医療費用がかかる場合は、お客様のご負担でお願い致します。

- 1、久米島でご提供する食事メニューとその原材料に関し、患者様の症状に関連してのアドバイスがあれば、ご記入下さい。

--

- 2、久米島滞在中、患者様ご家族のどなたかが(追加注文含め)同じ食卓で通常食を召し上がることについては、いかがでしょうか。通常食については原材料の特定と表示がされていません。

避けるべき(全員、アレルギー対応食を摂るべき)     問題ない ⇒ コメントがあればお書き下さい

--

- 3、食事以外の面で、患者様のご滞在中に、事業者が留意すべき点があれば、ご記入下さい。

--

- 4、万が一の症状誘発の際、公立久米島病院が留意すべき点があれば、ご記入下さい。

--

任意ですが、アナフィラキシーなどが不安な方は、主治医の先生の連絡先をご記入願います。  
なお、診療情報提供書を事前に公立久米島病院にお送りになりたい方は、食物アレルギー事務局までご連絡ください。

主治医	
医療機関 ( )	
主治医名 ( )	
電話番号 ( )	

ご記入者