

アレルギーの記録

記入日	年 月 日	病名	
医療機関名	Tel () -	医師名	
薬の有無	あり・なし	処方期間： 年 月 日～ 年 月 日	
薬の名前			
治療及び 処置内容			
アレルギーの 症状 (○をつけて 下さい。)	・症状は、喘息・じんましん・嘔吐・下痢・呼吸困難です。 ・()でアナフィラキシーショックを起こしたことがあります。 その他 []		
食べては (触れては) いけないもの			

記入日	年 月 日	病名	
医療機関名	Tel () -	医師名	
薬の有無	あり・なし	処方期間： 年 月 日～ 年 月 日	
薬の名前			
治療及び 処置内容			
アレルギーの 症状 (○をつけて 下さい。)	症状は、喘息・じんましん・嘔吐・下痢・呼吸困難です。 ・()でアナフィラキシーショックを起こしたことがありま す。 その他 []		
食べては (触れては) いけないもの			