

## 食物アレルギー等に関する情報票

選手氏名 : \_\_\_\_\_  
生年月日 : \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 年齢\_\_\_\_歳  
性別 : 男子 女子  
住所 : \_\_\_\_\_  
電話番号 : \_\_\_\_\_

かかりつけの医療機関名 : \_\_\_\_\_  
電話番号 : \_\_\_\_\_

アナフィラキシーの原因となるもの

誘発症状 (出現する可能性のある症状)

### \*緊急連絡先

連絡順位	氏名	続柄等	電話番号	連絡先	特記事項
1				自宅・職場・携帯	
2				自宅・職場・携帯	
3				自宅・職場・携帯	

### \*緊急時の対応

内服薬 : \_\_\_\_\_  
注射薬 : エピペン 0.15mg (小児用)、エピペン 0.3mg (大人用)  
その他 : \_\_\_\_\_

### \*かかりつけ以外に搬送する医療機関がある場合

医療機関名 : \_\_\_\_\_  
電話番号 : \_\_\_\_\_

### \*その他、要望事項、医師等から注意されていること(薬物アレルギー含む)等

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_