20 年 月 日現在

緊急時(災害時)のおねがい

私はアレルギーを持っています。
私が倒れている場合には、救急車(119)を呼んで、病院へ大至急運んでください。

すぐに読んでください。

ふりがな
氏名

生年月日： 年 月 日

年齢： 歳

性別： 男・女

私は 食物アレルギー

喘息 アトピー性皮膚炎

その他 _____ です。

症状は 喘息 じんましん

嘔吐 下痢 呼吸困難

_____ が出ます。

私は、 _____ 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。**

私は

えび

かに

くるみ

小麦

そば

卵

乳

落花生(ピーナッツ)

アーモンド

あわび

いか

いくら

オレンジ

カシューナッツ

キウイフルーツ

牛肉

ごま

さけ

さば

大豆

鶏肉

バナナ

豚肉

マカダミアナッツ

もも

やまいも

りんご

ゼラチン

_____ にアレルギーを起こします。

かかりつけ医院

病院名： _____

住所： _____

電話番号： _____

エピペン®所有 有・無

服用薬： _____

自宅住所：

保護者氏名：

保護者氏名：

緊急連絡先

名前	続柄等	連絡先(TEL等)

家族の集合場所避難先

集合場所

名称：

電話番号：

避難先1

名称：

電話番号：

避難先2

名称：

電話番号：

相談窓口

日本小児アレルギー学会

相談窓口メールアドレス
sup_jasp@jspaci.jp

ご相談の際は必ず、氏名・年齢・性別・住所・電話番号・かかりつけ医または主治医をご記入ください。担当相談医から、メールアドレスまたは電話番号に連絡をさせていただきます。

メモ

発行元：認定特定非営利活動法人
アレルギー支援ネットワーク