医療情報シート①

（体験利用者用）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | S / H 　 年　 月　 日 | 年　齢 | 歳 |
| 身　長 | CM | 体　重 | Kg | 血液型 | 　　　　　　　　型 |
| 通院状況等 | 長期治療が必要な疾病 | □有　・　□無 | 平　熱 | 　　　　　度　　　　　分 |
| 病　名 |  |
| かかりつけの病院名 |  |
| 服　薬　等 | 継続中の服薬 | 薬　品　名 | 分量（錠/包） |
| 朝 | 昼 | 夜 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 服薬上の注意事項（服薬の時間帯は食前か食後か・組み合わせ・その他等について） |
| 市販薬について | （1）利用中、頭痛や腹痛等体調不良になった場合、市販薬服用の可否　 　□可　　・　　□否　　　 |
| （2）（1）で「可」と答えた方　　　薬同士の飲み合わせなどで服用出来ない薬があればご記入ください。 |
| （3）（1）で「否」と答えた方　　　どのような対応を希望するかご記入下さい。 |
| アレルギーについて | （1）食物アレルギーの有無　　　　 　 □有　　・　　□無　　 |
| （2）（1）で「有」と答えた方は医療情報カード②にご記入をお願いします。 |
| （3）その他のアレルギーの有無　　　　□有　　・　　□無　　 |
| （4）（3）で「有」と答えた方のアレルギー原因　（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （5）アレルギーを起こした時に現れる症状と対応についてご記入下さい。　　（例：全身に発疹　安静にして病院に移送してほしい） |
| （6）アナフィラキシーショックを起こした経験の有無　　　　　□有　【 S / H / R 　 年 　 月　 日頃】　　　・　　　□無　　　　 |
| その他 | その他、健康面について全般的に配慮（車酔等）が必要な場合はご記入下さい。 |

記入年月日　令和　　　年　　　月　　　日

医療情報シート②

（体験利用者用）

|  |  |
| --- | --- |
| 食物アレルギーについて | （1）アレルギー原因となる食物をご記入下さい。 |
| （2）医師の診断を受けていますか？　　　　　□はい　　・　　□いいえ　 |
| （3）医師の最終診断を受けた時期　　　S / H / R　 　年　 　月　　 日頃　 |
| （4）原因食物を摂取した時に現れる症状と対応についてご記入下さい。（例：全身に発疹　安静にして病院に移送してほしい） |
| （5）アナフィラキシーショックを起こした経験の有無　　　　　□有　【 S / H / R 　 年　 月　 日頃】　　　・　　　□無　　　　 |
| （6）アナフィラキシーショック時の症状についてご記入下さい。 |
| （7）原因食物に対して、ご家庭での食事の状況についてご記入下さい。□に✔をつけてください。複数回答可です。　 |
| □保護者が完全に除去している　□保護者が本人の状況によって除去している。□本人が自分で除去できる　　　□特に配慮をしていない□その他（どのような対応をしているか下記にご記入ください） |

|  |
| --- |
| 　**※近年、食物アレルギー疾患の方が増加傾向にあると言われていますが、あかね園の昼食では、食物アレルギーの方への個別対応は難しく、実施しておりません。あかね園で昼食を摂る事が難しい方は、ご自身で昼食のご用意をお願いいたします。又、あかね園で昼食を摂られる方におきましては十分気をつけて頂き、自己責任の下、ご判断をお願いいたします。** |