

わたしの防災メモ

名前

血液型 型 (Rh + -)

生年月日: 年 月 日

性別:

住所:

電話番号:

【緊急連絡先】

名前	続柄	連絡先
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

アレルギー情報

私は、

- ・食物アレルギー
- ・ぜんそく
- ・アトピー性皮膚炎
- ・その他 () です。

症状は、

- ・ぜんそく ・じんましん
- ・嘔吐 ・下痢
- ・呼吸困難
- ・その他 () 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。

食物アレルギー情報

私は、

<input type="checkbox"/> えび	<input type="checkbox"/> かに	<input type="checkbox"/> くるみ	<input type="checkbox"/> 小麦
<input type="checkbox"/> そば	<input type="checkbox"/> 卵	<input type="checkbox"/> 乳成分	<input type="checkbox"/> 落花生
<input type="checkbox"/> アーモンド	<input type="checkbox"/> あわび	<input type="checkbox"/> いか	<input type="checkbox"/> いくら
<input type="checkbox"/> オレンジ	<input type="checkbox"/> ガジュナツツ	<input type="checkbox"/> キウイ	<input type="checkbox"/> 牛肉
<input type="checkbox"/> ごま	<input type="checkbox"/> さけ	<input type="checkbox"/> さば	<input type="checkbox"/> 大豆
<input type="checkbox"/> 鶏肉	<input type="checkbox"/> バナナ	<input type="checkbox"/> 豚肉	<input type="checkbox"/> まつたけ
<input type="checkbox"/> もも	<input type="checkbox"/> やまいも	<input type="checkbox"/> りんご	<input type="checkbox"/> ゼラチン

その他 に、
アレルギーを起こします。

