入院時食物・薬物アレルギー・宗教対応等調査票

記入日　　年　　月　　日
お名前　　（　　歳）　　当院入院経験　有・無
記入者名　　（ 母・父・その他 ）

１、アレルギーについて配慮してほしいことがありますか？

□いいえ

□はい

該当するアレルギーの原因食品に〇をつけてください。
・鶏卵 ・ 乳製品 ・ 大豆及び大豆製品 ・ 小麦 ・ そば ・ 果物 ・ ナッツ類
・エビ・カニ・ごま ・ エビ ・ カニ ・ 魚類 ・ 肉類
・その他(　　)
・薬物　□なし　□あり　薬剤名（　　）症状（　　）

２、食事について特に配慮してほしいことがありますか？

□いいえ

□はい

〔　　〕

３、宗教上、食べられない食品はありますか？

□いいえ

□はい
宗教上食べられない原因食品に〇をつけてください。
・豚肉　・牛肉
・その他(　　)

B1 病棟（児童・思春期病棟）