

◆アレルギー調査票◆

※この調査は、新型コロナワクチン接種におけるアレルギー状況について記入して頂くものです。

◆記入日： 令和 3年 月 日

氏名	ふりがな			性別
				男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生まれ	満	学籍番号	ゼミ
所属 (学校名、部署名)				

◆新型コロナワクチンに関するアレルギー状況について

薬品名など	アレルギーの有無 (症状年齢)	症状について
① 化粧品	ない・ある (歳)	
② チョコレート乳化剤	ない・ある (歳)	
③ アルコール	ない・ある (歳)	
④ カロナール (内服薬)	ない・ある (歳)	
⑤ その他の薬や食品など ()	ない・ある (歳)	
⑥ アナフィラキシーショックを 起こしたことがありますか？	ない・ある (歳)	

◆受診状況について

かかりつけ医院	病院
アレルギーについて 医師に相談していますか？	<input type="checkbox"/> 相談していない <input type="checkbox"/> 相談している ⇒ どの様な診断・指導がありましたか？ ()
アレルギー検査を 受けた事がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
エピペンを処方されていますか？	<input type="checkbox"/> 処方されていない <input type="checkbox"/> 処方されている

◆特に注意する事がある場合は、詳細を記載して下さい。

※ご協力ありがとうございました。

東日本国際大学・いわき短期大学