

食事調査票

当院でご出産経験がある方もご記入をお願いします。

カナ					
氏名		記入日	20	年	月 日
カルテ番号		出産予定日		年	月 日

1. 食物アレルギー疾患はありますか？ ※食材の好き嫌いには対応していません。

☐ なし ☐ あり

(1. で「あり」の方に伺います)

2. 食物アレルギーの原因物質と、食べた後に起こる症状をすべて記入してください。

(医師により除去が必要と診断されているもの)

該当するものに ○をつけてください	卵・乳・小麦(しょうゆ、みそ)・そば・大豆・ごま・まつたけ・やまいも 落花生(ピーナッツ)・アーモンド・カシューナッツ えび・かに・あわび・いか・いくら・さけ・さば 鶏肉・牛肉・豚肉・オレンジ・キウイフルーツ・バナナ・もも・りんご・ゼラチン その他()
原因食材を食べた後 に起こる症状	☐ ショック ☐ 咳 ☐ 呼吸困難 ☐ 嘔吐・腹痛 ☐ 下痢 ☐ 顔面紅潮等 ☐ 麻疹 ☐ 湿疹 ☐ 掻痒感 ☐ その他()

3. 食物アレルギーの症状が出た場合の治療薬をお持ちの方は、お薬の名前を記入してください。

--

4. 宗教上の理由で食材変更は有料にて承ります。具体的な食物を記載してください。

--

5. 妊娠糖尿病と診断されている。

☐ いいえ ☐ はい (☐ アルテミスで診断された方 / ☐ 他院で診断された方)

6. 妊娠高血圧症候群と診断されている。

☐ いいえ ☐ はい (☐ アルテミスで診断された方 / ☐ 他院で診断された方)

ARTEMIS WOMEN'S HOSPITAL

〒203-0054 東京都東久留米市中央町1-1-20 TEL 042-472-6111

確認印

/