



## ☆☆ 食品摂取日誌

年 月 ☆☆

名前

\*エピペン処方(あり・なし)

日	食品名	摂取量	誘発症状 (全身・呼吸・消化器・ 眼口鼻顔面・皮膚など) があれば、具体的に記入する	症状の強さ (症状対応の 一覧表参照)			自宅での頓服薬 (薬品名記入) 使用したら ○印つける		
				緊急性 高い	中 等 度	軽 度			
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									