

食物アレルギー児における食品除去のための診断書

氏名 _____ (男・女) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

診断名: #1 食物アレルギー
#2 _____
#3 _____

食物アレルギーによる症状発現の予防のため、以下の食物の除去が必要である。
これまでに経験した症状と食品除去の必要性の根拠を以下に示す。

食物名	食物摂取により経験した症状 (該当する症状に○、下記より選択)	食品除去の根拠* (重複回答)
鶏卵	: 即時型反応** ()、その他 ()	() ()
牛乳***	: 即時型反応** ()、その他 ()	() ()
小麦	: 即時型反応** ()、その他 ()	() ()
大豆	: 即時型反応** ()、その他 ()	() ()
[]	: 即時型反応** ()、その他 ()	() ()
[]	: 即時型反応** ()、その他 ()	() ()
[]	: 即時型反応** ()、その他 ()	() ()

* 食品除去の根拠: ①既往歴、②負荷試験陽性、③特異的 IgE 抗体陽性、④未摂取

** 即時型反応発現部位 (重複回答): a. 皮膚・粘膜 (限局性)、b. 皮膚・粘膜 (広範囲)、c. 呼吸器、
d. 消化器、e. アナフィラキシーショック

***牛乳アレルギー除去調製粉乳: 必要 ミルク名【 】 ・ 不要

誤食時には保護者への連絡と以下の処置を行う (該当する番号に○、持参薬品名記入)。

1. 緊急常備薬の内服 (薬品名 _____)、症状の進行があれば医療機関受診
2. エピペン 0.15mg 大腿外側筋肉内注射後、救急車で医療機関受診
3. ただちに医療機関受診 (救急車要請も考慮)

本診断書の内容については来年 () 月に再評価が必要です。

園における食品除去は完全除去を原則とするが、個々に対応が可能な場合や摂取可能食品が増えた場合には指示書に記載します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名
住 所
電 話 番 号
医 師 名