

氏名 _____ (男・女)

食物アレルギー食事指示書 (変更届)

受診日	摂取可能食品 変化の有無	変化の内容 (摂取可能な食品が 増えた場合には量も記入)	次回受診予定日 主治医のサイン
月 日	・ 変化なし ・ 変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・ 変化なし ・ 変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・ 変化なし ・ 変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・ 変化なし ・ 変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・ 変化なし ・ 変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・ 変化なし ・ 変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・ 変化なし ・ 変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・ 変化なし ・ 変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・ 変化なし ・ 変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・ 変化なし ・ 変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・ 変化なし ・ 変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・ 変化なし ・ 変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・ 変化なし ・ 変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・ 変化なし ・ 変化あり		月 日 サイン _____

受診するときには毎回持参して主治医に記入していただいでください。
 摂取可能な食品が増えた場合には診断時の指示表に赤で追加してください。

卵アレルギー児の摂取可能食品

	卵を使用する料理の種類	全部摂取 可能であ れば○*	(一部の食品が摂取可能な場合の具体例) 他の食材も考慮して摂取可能であれば○
卵料理	卵料理 (調理条件、特に加熱の仕 方により抗原性が異なる ので注意)		スクランブルエッグ、オムレツ、卵とじ 卵スープ、錦糸卵、茶碗蒸し ()
	12分以上の固ゆで卵		卵黄のみ 卵白も可
卵を少量用い る料理	つなぎに卵を用いるもの		ハンバーグステーキ、肉団子 ()
	衣に卵を用いるもの		てんぷら、フライ、フリッター、ピカタ ()
加工食品	加工食品の原材料		ハム、ベーコン、ソーセージ、練り製品 ()
生卵白の混じ るもの	生卵黄を主成分とするも の		マヨネーズ
卵を含む菓子 等	生卵または加熱不十分な 卵を原材料とする菓子		ケーキ、アイスクリーム、パイ、クッキー ファーストクリーム、ブレンドトースト ()
	卵入り菓子 (材料、調理条件により抗 原の強さが大きく異なる ので注意)		プリン、ホットケーキ、 パウンドケーキ カステラ 、ケーキ類、ドーナツ、 卵餅 ()
	卵入り焼き菓子		ビスケット、クッキー ()
	パンの生地に卵を用いた もの		テーブルロール ()
その他	灰汁取りに卵白を用いる もの		ヨシメシ (缶詰) ()
	卵入り麺		パスタ 、中華麺 ()
	うずら卵 (水煮、茹でたもの)		うずら卵 、 うずらゆで卵 ()
	魚卵		イクラ 、子持ちシシャモ、その他の魚卵

圏で使用しないものは二重線で削除、指示が必要な食品は () 内に記載してください。
 *右欄の食品をすべて摂取可能であれば○