

食物アレルギー除去食指示書

年 月 日

園児名: _____

医療機関名: _____

生年月日: _____年 _____月 _____日生

担当医師名: _____ (印)

(以下について該当するものに✓印または記入をお願いいたします。)

- 診断名
 - 1) アトピー性皮膚炎・気管支喘息
 - 2) 食物アレルギー { 鶏卵 牛乳 大豆 小麦 肉類 その他() }
- 食物アレルギーと診断された方法は何ですか。
 - 問診・視診 食事日誌 食べ物除去及び不負荷による反応
 - 皮膚反応テスト (結果 _____)
 - 血液検査 (IgE RAST 等) 検査結果を添付してください。 その他(_____)
- 誤って除去の指示があった食品を食べた時に起こる可能性の高い症状は何ですか。
 - (1) 皮膚症状 赤くなる 発疹 かゆみ 蕁麻疹 その他(_____)
 - (2) 消化器症状 嘔吐 下痢 その他(_____)
 - (3) 喘息発作 クシャミ 呼吸困難
 - (4) ショック症状 有 無
 - (5) その他(_____)
- これからの除去食の期間はどのくらいとお考えですか。
 - 6ヶ月 1年位 症状悪化期間のみ その他(_____)
- 投薬(有の場合は、薬品名を記入してください。)
 - (1) 内服薬 有(_____) 無
 - (2) 外用薬 有(_____) 無
- 日常生活での注意事項など

7. 除去食指示 1) 前回指示書と変更なし 2) 本紙以下の通り

卵 関連食品	牛乳 関連食品	大豆・豆 関連食品	穀類 関連食品	肉類 関連食品
<input type="checkbox"/> 卵白 <input type="checkbox"/> 卵黄 <input type="checkbox"/> 卵料理(卵焼き等) <input type="checkbox"/> 全卵マヨネーズ <input type="checkbox"/> ケーキ・カステラ <input type="checkbox"/> 竹輪・かまぼこ <input type="checkbox"/> はんぺん <input type="checkbox"/> バターロール <input type="checkbox"/> プリン <input type="checkbox"/> ドーナツ類 <input type="checkbox"/> クッキー類 <input type="checkbox"/> カスタードクリーム <input type="checkbox"/> パンパロア <input type="checkbox"/> 卵使用フライ等の衣	<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 生クリーム <input type="checkbox"/> 粉ミルク <input type="checkbox"/> スキムミルク(脱脂) <input type="checkbox"/> バター <input type="checkbox"/> チーズ <input type="checkbox"/> ヨーグルト <input type="checkbox"/> 乳酸菌飲料 <input type="checkbox"/> シチュー料理 <input type="checkbox"/> プリン <input type="checkbox"/> クッキー <input type="checkbox"/> チョコレート	<input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 豆腐 <input type="checkbox"/> おから <input type="checkbox"/> きな粉 <input type="checkbox"/> 高野豆腐 <input type="checkbox"/> 納豆 <input type="checkbox"/> 生揚げ・がんも <input type="checkbox"/> 油揚げ <input type="checkbox"/> 市販の油(サラダ油・天ぷら油) <input type="checkbox"/> みそ <input type="checkbox"/> 醤油 <input type="checkbox"/> 小豆 <input type="checkbox"/> もやし <input type="checkbox"/> 枝豆 <input type="checkbox"/> グリンピース <input type="checkbox"/> うずら豆 <input type="checkbox"/> いんげん <input type="checkbox"/> 緑豆春雨 <input type="checkbox"/> 大豆由来のもの(乳化剤等) <input type="checkbox"/> 絹さや	<input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> うどん <input type="checkbox"/> 米 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> パン粉 <input type="checkbox"/> 中華麺 <input type="checkbox"/> スパゲッティ・マカロニ <input type="checkbox"/> 麩 <input type="checkbox"/> カステラ <input type="checkbox"/> 餃子 <input type="checkbox"/> シュウマイ <input type="checkbox"/> 醤油 <input type="checkbox"/> みそ <input type="checkbox"/> 練り製品 <input type="checkbox"/> 酢	<input type="checkbox"/> 鶏肉 <input type="checkbox"/> 鶏ガラスープ <input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> 豚肉 <input type="checkbox"/> コンソメ(鶏肉) <input type="checkbox"/> 中華だし(牛肉)
				種実類 関連食品
				<input type="checkbox"/> ごま <input type="checkbox"/> くるみ <input type="checkbox"/> アーモンド <input type="checkbox"/> ピーナッツ
				その他の食品
				<input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> チョコクリーム <input type="checkbox"/> ココア <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> コンソメ <input type="checkbox"/> 魚卵

その他の除去食品(食品名がない食材)

●本指示書の内容については1年後に再評価が必要です。

有効期間1年間: _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日