

医療機関から食物負荷試験実施病院への依頼書

医療機関から負荷試験実施病院への食物負荷試験の依頼にあたっては 現在の除去の状況（医師から園への除去食連絡票：診断書および除去食品表） 検査データ（血液、アレルギー皮膚テストなど） 保護者の同意書をそえて申し込んでください。

過去にアナフィラキシー（ショック）など重篤な症状の既往がある場合は、特記事項の欄に記入してください。

食物負荷試験依頼書

負荷試験実施病院 _____ 殿
平成 年 月 日

患児 _____ 殿 平成 年 月 日生（ 才）（男 女）

患児 and/or 保護者の同意を得ましたので、食物負荷試験をお願いいたします。

目的食物： _____

特記事項（過去のアナフィラキシーの有無など）

医療機関名： _____

担当医師名： _____

Tel： _____

Fax： _____

Mail： _____

負荷試験同意書（保護者から医師へ）

食物負荷試験についての説明文および同意書
患児および保護者の方へ

説明文

食物アレルギーのこどもは、治療としてアレルゲン食品（アレルギーの原因となっている食品）の除去を行う必要があります。

食品が本当にアレルゲンになっているかどうか、血液検査や皮膚テストを行って診断しますが、これらの検査だけでは正確な診断ができないことがあります。この場合、食物負荷試験（アレルゲンだと考えられる食品を実際に食べてみて症状が出現するかどうかの確認）を行い、最終的に食物アレルギーか否かを診断します。

また、除去を解除する際にも食物負荷試験を行い、その食品を安全に食べることができるかどうか確認する必要があります。

食物負荷試験で、食品を食べた後に即時型反応（じんましん、嘔吐、腹痛、咳き込み、アナフィラキシー・ショック）などが起きる可能性もありますので、負荷食物は慎重に選択し、少量ずつ時間をかけて食べさせます。また、症状が出現した場合に備えて十分な対策・準備を行った上で、保護者の方にも一緒に観察していただきながら慎重に行います。

なお、食物負荷試験は 当院で行います。
負荷試験実施医療機関（ ）
で行います。

同意書

平成 年 月 日

医療機関名： _____ 担当医 _____ 殿

食物負荷試験を受けるにあたり、目的・方法について医師より十分に説明を受けました。
検査を受けることに同意します。

患者名： _____

保護者名： _____ 続柄（ ） 印

負荷試験結果報告書

医療機関名： _____

担当医師名： _____ 先生 宛

患者 _____ 殿 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日生につき、
ご報告申し上げます。

____ 年 ____ 月 ____ 日 食物負荷試験を行ないました。

負荷食物名： _____

負荷量： _____

上記、負荷試験にて誘発症状はみとめませんでした。

上記、負荷試験にて下記の症状が誘発されました。

負荷量、時間経過、誘発症状は以下の通りです。

負荷試験実施病院： _____

担当医氏名： _____

Tel & Fax : _____