

名 前 _____ さん（男、女） 平成 年 月 日生
 診断名 1 食物アレルギー 2 _____ 3 _____
 本児は診察、検査の結果、以下の食物について除去が必要と考えられます。

1. 除去が必要な食品名、および調理と食事の際の注意点は以下の通りです。

鶏卵、牛乳、小麦、大豆 左記四食品の詳しい除去内容は次ページに記載
 魚、ごま、ピーナッツ、

微量のアレルゲン混入を防ぐため専用の調理器具の使用が 必要 一般的対応で可
 誤食を防ぐため十分な観察と注意の中で食べさせることが 必要 一般的対応で可
 定期的内服薬の有無 有（ _____ ） 無

2. 食物アレルギーと診断した方法は次の通りです。

問診・視診、食物日誌、食物除去・負荷試験の反応、皮膚テスト、
 血液検査（IgE, RAST, HRT等）、その他：

3. 摂取した場合に出現する可能性のある症状（或いは過去の誘発症状）は次の通りです。

食品名（複数可）（1 2 3 4 5 6 7の下記症状をチェック、その他記入）

鶏卵 （ _____ 未摂取のため不明 _____ ）
 _____ （ _____ 未摂取のため不明 _____ ）
 _____ （ _____ 未摂取のため不明 _____ ）

即時型反応：1 ショック 2 咳き込み・呼吸困難 3 嘔吐・腹痛 4 顔面紅潮・蕁麻疹
 非即時型反応：5 湿疹・掻痒感 6 下痢 7 アトピー様湿疹の悪化

4. 原因食品摂取時には、保護者に至急連絡し指示を受けて下さい。

緊急の場合には以下の対応が必要です 緊急の対応が必要となる可能性は少ない
 内服薬（ _____ ）
 医療機関連絡・受診： 当院 救急病院 その他（ _____ ）
 自己注射（エピペン 0.15mg・0.3mg _____ ）

* 子どもが緊急の事態に、園・学校から私達保護者へ連絡が通じない場合（携帯電話の圏外など）、治療を最優先するために、園・学校から主治医に連絡し指示を仰ぐことに
 同意する _____ 同意しない _____

保護者： _____ 続柄（ _____ ） 印

5. 本連絡書（意見書）の内容については、下記の期間をおいて再評価が必要です。

1ヶ月後 3ヶ月後 6ヶ月後 1年後 （ _____ ）年後

6. その他の連絡事項

平成 年 月 日

住 所 _____
 医療機関 _____
 電話番号 _____
 医 師 _____ 印

食物アレルギー除去食解除の連絡書

平成 年 月 日

園児名： _____ 平成 年 月 日生

医療機関名： _____

担当医師名： _____ 印

下記の除去食を解除します。

解除食品名：

特記事項：

食物アレルギー除去食変更届け

平成 年 月 日

園児名： _____ 平成 年 月 日生

医療機関名： _____

担当医師名： _____ 印

前回連絡書にて除去中の食品のうち下記の食品については、
除去を解除します。 除去を追加します。

食品名：

特記事項：

但し変更が多品目におよぶ場合は除去食品指導表を再度提出します