

食物アレルギー児における食品除去のための診断書及び与薬指示書

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	食物摂取による経験した症状 (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整粉乳: 必要, ミルク名【 】 ・ 不要

食前のインターバル内服 (有 ・ 無)

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 緊急時常備薬の内服 (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。

保育所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、食物アレルギー食事指示書 (変更届) 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