

食物除去指示書（診断書）

氏名 _____（ 男 ・ 女 ）

生年月日 平成 年 月 日 生

診断名 【 _____ 】

I. 以下の食物の完全除去（接触も含む）をお願いします（該当する食物に○）

- | | |
|------|----------------|
| ① 卵 | ④ そば |
| ② 牛乳 | ⑤ ピーナッツ |
| ③ 小麦 | ⑥ その他（ _____ ） |

備考：除去食品で摂取不可能なもの（該当する項目に○）

鶏卵アレルギー：卵殻カルシウム

牛乳アレルギー：乳糖

小麦アレルギー：醤油・酢・麦茶

大豆アレルギー：大豆油・醤油・味噌

ごまアレルギー：ゴマ油

魚アレルギー：かつおだし・いりこだし

肉類アレルギー：エキス

II. アナフィラキシー症状の既往（該当する項目に○）

あり なし

「あり」の場合：原因食物 _____

III. 原因食物摂取時に症状が出現した場合の対応方法（該当する項目に○）

- ① 内服薬（ _____ ）
- ② 自己注射（エピペン® 0.3 mg ・ 0.15 mg ）
- ③ 医療機関受診

病院名 _____

電話番号 - -

IV. 本指示書の内容に関して 6か月後・12か月後に再評価が必要です。

平成 年 月 日

病院名 _____

担当医師名 _____ (印)

保育園では、アレルギー除去食実施にあたっては、除去する食品の特定と除去の程度や期間について主治医の意見を伺った上で、保育園として出来る対応を検討したいと考えます。つきましては「食物除去の指示書」のご提出をよろしくお願いいたします。