

アレルギー除去食に関する診断書

児童氏名 _____ さん (男・女) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

診断名: _____

本児は診察・検査の結果、保育園・幼稚園においては、

- (A) 食物の除去の必要はありません。
- (B) 以下の食物については食事からの除去が必要と考えられます。

※保育所(園)・幼稚園においては、生卵を食べる事はないので、生卵のみの除去の場合
は(A)に○印をつける。

病型・治療			
A. 食物アレルギー病型 (食物アレルギーありの場合のみ記載) 1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 2. 即時型 3. その他 (新生児乳児消化管症状・口腔アレルギー症候群・その他: _____)			
B. アナフィラキシー病型 (アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載) 1. 食物 (原因: _____) 2. 医薬品 (_____) ・ラテックスアレルギー・その他 (_____)			
C. 原因食物 1. 鶏卵 2. 牛乳・乳製品 3. 小麦 4. ソバ 5. ピーナッツ 6. 大豆 7. ゴマ 8. ナッツ類 9. 甲殻類 10. 軟体類・貝類 11. 魚卵 12. 魚類 13. 肉類 14. 果物類 15. その他 (_____)	除去根拠 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》	症 状 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》 《 _____ 》	【除去根拠】 該当するもの全てを《 》内に番号を記載 ① 明らかな症状の既往 ② 食物負荷試験陽性 ③ IgE抗体等検査結果陽性 (CAP-RAST)
【症状】 該当するもの全てを《 》内に番号を記載 即時型反応 : ① ショック ② 咳き込み ③ 呼吸困難 ④ 嘔吐・腹痛 ⑤ 顔面紅潮 ⑥ 蕁麻疹 ⑦ 掻痒感 非即時型反応 : ⑧ 湿疹 ⑨ 掻痒感 ⑩ 下痢 そ の 他 : ⑪ 未摂取のため不明			
D. 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬: 抗ヒスタミン薬 (_____)、ステロイド薬 (_____) 2. アドレナリン自己注射薬「エピペン®0.15mg」 3. その他 (_____)			
保育所での生活上の留意点			
A. アレルギー用調整粉乳 1. 不要 2. 必要 下記該当ミルクに○、又は () 内に記入 ミルフィー・ニューMA-1・MA-mi・ペプディエット・エレメンタルフォーミュラ その他 (_____)			
B. 接触を避けてほしい食品・教材 1. なし 2. あり (_____)			

本診断書の内容については、およそ (6 , 12) か月後に再評価が必要です。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医院名
 電話番号
 医師名

印