

# アレルギー除去食に関する診断書

提出日 年 月 日

情報提供先		嘱託医	殿
患者氏名	男・女 年 月 日生 ( 歳 か月) 組		
患者住所	電話番号		
傷病名	その他傷病名		
病状、既往歴、治療状況等	日常生活に必要な医療的ケアの状況 (使用中の医療機器等の状況を含む)		
緊急連絡先	★保護者 電話:	★連絡医療機関 医療機関名:	電話:

本児は診察・検査の結果、保育園・幼稚園において、

(A) 食物の除去は不要 (B) 以下の食物については食事からの除去が必要

※ 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。

給食・離乳食について管理が必要な場合は「病型・治療」のC欄、「保育所での生活上の留意点」のC欄、アレルゲン食品リストと摂取指導票を参照。

病型・治療	
食物アレルギー (あり・なし) ・ アナフィラキシー (あり・なし)	
<b>A. 食物アレルギー病型</b> 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>B. アナフィラキシー病型</b> 1. 食物 (原因: ) 2. その他 (医薬品・ラテックスアレルギー その他: )
<b>C. 原因食物 除去根拠 症状</b> 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 ( )	<b>【除去根拠】</b> 該当するものを《 》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)
	<b>【症状】</b> 該当するものを《 》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
<b>D. 緊急時に備えた処方薬</b> 1. 内服薬等: 抗ヒスタミン薬 ( )、ステロイド薬 ( ) アドレナリン自己注射薬「エピペン®0.15mg」、その他 ( ) 2. 保管方法: 室温・冷蔵庫・遮光・その他 ( ) 3. 剤型: 粉・液 (シロップ) ・塗り薬・点眼薬・その他 ( ) 4. 使用するタイミング※具体的に記載 (例) かゆい時、咳がとまらない時など ( ) 5. その他注意事項 ( )	
保育所での生活上の留意点	
給食・離乳食の管理 (必要・不要)	
<b>A. アレルギー用調整粉乳</b> 1. 不要 2. 必要 ※ 下部該当ミルクに○、又は ( ) 内に記入 シルフィーHP ・ ニューMA-1 ・ MA-mi ・ ペブディエイト ・ エレメンタルフォーミュラ その他 ( )	<b>B. 食物・食材を扱う活動</b> 1. 管理不要 2. 原因食材を教材とする活動の制限 ( ) 3. 調理活動時の制限 ( ) 4. その他 ( )
<b>C. 特記事項等</b> (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)	

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。

年 月 日

医院名

電話番号

医師名

印

※ 自筆の場合押印不要