

(2) 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・令和 \_\_\_\_\_ 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			
<b>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)</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 (アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載)</b>			
1. 食物 (原因: _____)			
2. 医薬品 ( _____ )・ラテックスアレルギー・その他 ( _____ )			
<b>C. 原因食物</b>	<b>除去根拠</b>	<b>症 状</b>	
1. 鶏卵	《 _____ 》	《 _____ 》	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>【除去根拠】</b> 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            ③IgE抗体等検査結果陽性            (CAP-RAST)         </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <b>【症状】</b> 該当するもの全てを《 》内に番号を記載  <b>即時型反応</b> : 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  <b>非即時型反応</b>: ⑧湿疹            ⑨掻痒感            ⑩下痢  <b>そ の 他</b>: ⑪未摂取のため不明         </div>
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>D. 緊急時に備えた処方薬</b>			
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			
<b>A. アレルギー用調整粉乳</b>			
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>B. 接触を避けてほしい食品・教材</b>			
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。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医院名  
電話番号

医師名

印