＜アレルギー除去食に関する意見書＞

園児名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）生年月日：　　年　　月　　日生

診断名	
保育園での食物除去対応	□不要　□必要
除去すべき食物※経験した症状と除去の根拠は下記の番号を記入して下さい（その他は内容を記載して下さい）	

＜食物名＞	＜経験した症状＞	＜除去の根拠＞
□鶏卵	（　　）	（　　）
□牛乳・乳製品	（　　）	（　　）
□小麦	（　　）	（　　）
□[　　]	（　　）	（　　）
□[　　]	（　　）	（　　）
□[　　]	（　　）	（　　）

※経験した症状：①ショック症状　②咳　③呼吸困難　④消化器症状　⑤顔面紅潮　⑥蕁麻疹　⑦掻痒感　⑧その他

※食品除去の根拠：①症状の既往　②食物負荷試験陽性　③IgE抗体等検査結果陽性　④その他

食物アレルギーの病型	□食物アレルギーに関与する乳児アトピー性皮膚炎 □即時型　□食物依存性運動誘発アナフィラキシー □消化管アレルギー　□口腔アレルギー症候群 □その他（　　）
アナフィラキシーの既往	□なし □あり→原因：□食物（　　）□医薬品（　　） □ラテックス　□その他（　　） ★最終発症年月日＿＿＿＿年＿＿＿月頃
アレルギー用調製粉乳の使用	□不要　□必要（製品名：　　）
緊急時に備えた処方薬 **（保育園でお預かりが必要な場合は別紙与薬指示書が必要です）**	□なし □内服薬（薬名：　　） □アドレナリン注射薬（エピペン®0.15mg） □その他（　　）
接触・吸入による症状誘発	□なし　□あり　備考＿＿＿＿＿＿＿＿
家庭での摂取状況	□摂取していない □摂取中（どの程度の摂取か＿＿＿＿＿＿＿＿）
その他の指示や注意点	

※給食での除去対応食品は、原材料には含みませんが同じ設備で製造されているものを含みます。
その場合でもアレルギーのリスクがある場合は上記の『その他の指示』欄に記載をお願い致します。

※本指示書の内容については（ **□3か月後・　□6か月後・　□1年後　　□卒園** ）まで有効とし、チェックの項目時期までは本指示書の内容で除去を行うこととする。

※与薬預かりが必要な場合や、指示が変更になる可能性がある場合は、3か月後か6ヵ月後にチェックをお願いします。

指示日　　年　　月　　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿印