アレルギー除去食に関する診断書

児童氏名　　（男　・　女）　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、生卵を食べることはないので、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　　除去根拠　　症　状

原因食物	除去根拠	症状
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】　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：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®0.15 mg」

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。

令和　　年　　月　　日

医院名

電話番号

医師名　　印