

## 八千代市食物アレルギー意見・指示書【 新規・継続・変更・解除 】

(あて先) 保育園園長

平成 年 月 日

医療機関名

主治医名

印

該当するものに○印をお願いします

児童氏名	男・女	生年月日	年	月	日
診断名					
診断方法	問診 視診 食事日誌 食物除去及び負荷テスト 皮膚反応テスト 血液検査 その他 ( )				
薬について	内服薬 有 ・ 無 薬品名 ( ) 外用薬 有 ・ 無 薬品名 ( ) 注射 有 ・ 無 薬品名 ( )				
体質について	アレルギー重症度 重 ・ 中 ・ 軽 園生活での注意点について ( )				
症状について	原因食品を食べた時の症状 ①皮膚粘膜症状 (発疹・発赤・かゆみ・むくみ・蕁麻疹・その他) ( ) ②消化器症状 (嘔吐・下痢・腹痛・その他) ( ) ③呼吸器症状 (くしゃみ・咳・声がれ・喘息発作・その他) ( ) ④重篤な症状 (アナフィラキシーショック・その他) ( )				
その他	日常生活での注意点や誤食時の対応などについて				
除去食の解除	年 月 日から除去食を解除する				
期限について	指示書日より 3か月 ・ 6か月 ・ 1年				

除去が必要な項目の□にチェック印をお願いします

鶏卵	<input type="checkbox"/> すべて除去 <input type="checkbox"/> 卵を少量含む料理や食品 (フライ・パン・クッキー・ハム・練り製品など) <input type="checkbox"/> 卵料理や食品 (茶碗蒸し・オムレツ・ゆで卵・卵スープなど) <input type="checkbox"/> マヨネーズ
魚卵	<input type="checkbox"/> たらこ <input type="checkbox"/> ししゃも <input type="checkbox"/> その他 ( )
牛乳	<input type="checkbox"/> すべて除去 <u>※乳糖の使用について○をしてください 可・不可</u> <input type="checkbox"/> 飲用牛乳 <input type="checkbox"/> 粉ミルク→アレルギー用ミルク (商品名 ) <input type="checkbox"/> ヨーグルト <input type="checkbox"/> 乳製品 (バター・チーズ・生クリーム・乳酸菌飲料など) <input type="checkbox"/> 牛乳を使った料理 (グラタン・シチュー・プリンなど) <input type="checkbox"/> 乳製品を少量含む料理 (クッキー・パン・ハムなど)
大豆	<input type="checkbox"/> すべて除去 <u>※味噌・しょうゆ・大豆油の使用について○をしてください 可・不可</u>
小麦	<input type="checkbox"/> すべて除去 <u>※しょうゆ・穀物酢の使用について○をしてください 可・不可</u>
その他	