

食物アレルギー除去指示書

園児名 _____ (男 ・ 女)

生年月日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ カ月)

- ① 診断名 1) アトピー性皮膚炎・気管支ぜんそく
2) 食物アレルギー (卵 ・ 牛乳 ・ 小麦 ・ 大麦 ・ その他)
- ② 除去食指示 ・ 本紙の通り
・ 今まで通り変更ありません
- ③ 除去すべき食品 (_____)
制限について該当する項目に○をつけてください
1) 製品を含めて完全に除去
2) 製品は可だがそのものは禁止
3) (_____)日に1回程度は可
4) 保育園での制限は必要なし
5) 食品・食材を使用するクッキングなどの活動についての制限の有無
- ④ 誤食時に考えられる症状
1) ショック症状
2) 皮膚症状(蕁麻疹)
3) 呼吸器症状(ぜんそく発作など)
4) 消化器症状(嘔吐 ・ 下痢)
5) その他(_____)

※ 本指示書の内容に関しては(1年後 ・ 6カ月後)に再評価が必要です。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院名

担当者医師名

印