

食物除去の指示書

児童名 _____ 男 ・ 女 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 診断名 食物アレルギー その他 (_____)
 2. アレルゲンと考えられる食物 卵 牛乳 小麦 大豆 その他 (_____)
 3. アナフィラキシー症状の既往 (あり なし)
 「あり」の場合：原因食物 _____ 発生年月 _____ 年 _____ 月

4. アレルゲンの摂取により出現したことがある症状に○を付けて下さい

皮膚症状	粘膜症状	消化器症状	呼吸器症状	全身症状
痒み 赤み 湿疹 蕁麻疹	口唇・目・顔の腫れ 口や喉の違和感	腹痛 嘔吐 下痢	咳 喘息 呼吸困難 鼻閉 鼻汁 くしゃみ	ぐったり 意識レベルの低下 顔面蒼白など
その他、上記以外の症状				

5. 原因食物摂取後時に症状が出現した場合の対応

①内服薬 (_____) ②エピペン®自己注射 ③その他 (_____)

6. 指示内容（除去の必要な食品に☑を付けて下さい）

食品名	除去内容
卵	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 生卵を使用した料理・菓子 <input type="checkbox"/> 卵そのもの <input type="checkbox"/> マヨネーズ <input type="checkbox"/> 卵殻カルシウム <input type="checkbox"/> 卵を相当量使用した料理・菓子（卵とじ、プリン等） <input type="checkbox"/> つなぎ程度に使用したもの <input type="checkbox"/> その他 (_____)
乳	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 飲用牛乳 <input type="checkbox"/> ヨーグルト <input type="checkbox"/> チーズ <input type="checkbox"/> バター <input type="checkbox"/> 乳酸菌飲料 <input type="checkbox"/> 乳糖 <input type="checkbox"/> 牛乳を相当料含む料理・菓子 <input type="checkbox"/> 牛乳をつなぎ程度に使用したもの <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> アレルギー用調製粉乳使用：商品名 (_____)
小麦	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 麺・パン類 <input type="checkbox"/> 小麦を使用した料理・菓子 <input type="checkbox"/> 調味料（醤油・酢・味噌等） <input type="checkbox"/> 麦茶 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
大豆	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 豆乳 <input type="checkbox"/> きなこ <input type="checkbox"/> 枝豆 <input type="checkbox"/> おから <input type="checkbox"/> 納豆 <input type="checkbox"/> 豆腐 <input type="checkbox"/> 大豆もやし <input type="checkbox"/> 大豆油 <input type="checkbox"/> 調味料（醤油・味噌・ソース等） <input type="checkbox"/> その他 (_____)
その他	魚介類： <input type="checkbox"/> 魚全般 <input type="checkbox"/> サバ <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> エビ <input type="checkbox"/> カニ <input type="checkbox"/> イカ <input type="checkbox"/> タコ <input type="checkbox"/> その他 (_____) 肉 類： <input type="checkbox"/> 鶏肉 <input type="checkbox"/> 豚肉 <input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> ゼラチン <input type="checkbox"/> その他 (_____) 果物類： <input type="checkbox"/> キウイ <input type="checkbox"/> バナナ <input type="checkbox"/> リンゴ <input type="checkbox"/> 桃 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 種実類： <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> アーモンド <input type="checkbox"/> ゴマ <input type="checkbox"/> その他 (_____) その他： <input type="checkbox"/> 山芋 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他 (_____)

7. その他の配慮店 (☑を付けて下さい)

食事中は他児との接触を避ける必要がある その他 (_____)

8. 本指示書の内容に関しては、下記の期間をおいて再評価が必要です。(☑をつけて下さい)

1ヶ月後 3ヶ月後 6ヶ月後 1年後

年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医師名