

# 食物アレルギー除去指示書

対象になるお子様の名前 : \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 )

対象になるお子様の生年月日 : 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 ( \_\_\_\_歳\_\_\_\_ヶ月)

## 1. 診断名

- ① アトピー性皮膚炎
- ② 食物アレルギー

## 2. アナフィラキシー症状の有無

- ① あり 原因食品

( \_\_\_\_\_ )

発生年月日 平成・令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃

- ② なし

## 3. 除去すべき食品

- ① 卵 (製品を含めて完全除去 ・ 製品は可だがそのものは除去)
- ② 乳 (製品を含めて完全除去 ・ 製品は可だがそのものは除去)
- ③ 小麦 (製品を含めて完全除去 ・ 製品は可だがそのものは除去)

④ そば

⑤ 落花生

⑥ その他 ( \_\_\_\_\_ )

※ 別紙に詳細の記入もお願いします。

## 4. 原因食品摂取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 (喘息発作)

④ 消化器症状 (嘔吐・下痢)

⑤ その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 5. 原因食品摂取時に症状がでた場合の対応方法がありましたらご記入下さい。

---

---

---

---

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

医療機関名 : \_\_\_\_\_

担当医師名 : \_\_\_\_\_ (印)

※ 本指示書の内容に関しては、一定期間ごとに再評価が必要です。