（２）アレルギー除去食に関する診断書

児童氏名　　　　　　　　　　　　　　さん　（男・女）　　　　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、生卵を食べる事はないので、生卵のみの除去の場合は(A)に〇印をつける。

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**
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
③IgE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：⑪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®0.15mg」
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　　下記該当ミルクに〇、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。

年　　月　　日

医院名
電話番号

医師名　　　　　　　　　　　　　印