主治医殿

当園では、子どもの健全な発育・発達を願う立場より、根拠のない食事制限は子どもたちにとって最善とは考えておりません。したがいまして、本当に「食物アレルギー」があるのか、本当に「除去食」が必要なのか、を先生に判断していただきたく存じます。

保護者が除去食を開始される場合、以下の指示書の記載にご協力をお願い申し上げます。記載上、不明な点等がございましたら当園までお問い合わせください。なお、本紙は厚生労働科学研究班「食物アレルギーの診療の手引き 2008」を参考に作成しております。

青柳保育園　☎ 04-2954-3850

食物除去の指示書（診断書）

児 童 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）　生年月日：平成 令和 ＿＿年＿＿月＿＿日

診 断 名：#1＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

#2＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

#3＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1．以下の食品で制限あるいは除去すべきものをご指示ください

① 卵　（全卵・卵白・つなぎ程度ならば可）　② 乳　（牛乳・乳製品・つなぎ程度ならば可）

③ 小麦（パン・うどん・パスタ・つなぎ程度ならば可）

④ 大豆（　　）　⑤ その他（　　）

［医師のコメント　　］

【備考】アレルギー用ミルクの使用……必要（商品名：　　）・不要

醤油（大豆製品）の使用……　可 ・ 不可

2．アナフィラキシー症状の既往（該当する項目の□に✓を入れてください）

□ 有り　□ 無し

有りの場合……原因食物：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　発生年月：平成 令和 ＿＿年＿＿月

3．原因食物摂取時に症状が出現した場合の対応方法（該当する項目の□に✓を入れてください）

□ 内 服 薬（　　）

□ 自己注射（エピペン® 0.3mg ・ 0.15mg）

□ 医療機関受診……医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　☎＿＿＿＿＿＿＿＿

4．本指示書の内容に関して（＿＿）か月後に再評価が必要です

令和　　年　　月　　日　　医療機関名：

電 話 番 号：

医　師　名：　　㊞