

主治医様

保育所・認定こども園に食物アレルギー除去食を依頼するにあたり、原因食物と、除去の程度や期間について、下記の「食物アレルギー指示書」の記入をお願いします。また、症状出現の際には、その対応等について、保育所・認定こども園から直接ご連絡させていただくこともあるかと思いますが、その旨ご了承くださいませよう、併せてお願いします。 保護者

食物アレルギー指示書



施設名		生年月日	平成 年 月 日 (歳 か月)
児童名		性別	男 ・ 女

給食での除去食の指示	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
食物アレルギーの病型	<input type="checkbox"/> 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> その他(消化管アレルギー・口腔アレルギー症候群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・)
アナフィラキシー既往・病型	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 原因 1. 食物() 2. その他(医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・ラテックスアレルギー・) 症状 () 最終の発症年月 (年 月頃)
原因食物・除去根拠 【記入方法】 該当食品の番号に○をし、 []内に除去根拠を記載 【除去根拠】 ①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査陽性 ④その他 ※8～15に○が付いた場合は()内の該当食品に○または該当食品を記載 原因食物に○が付いた場合は、除去レベルを記載	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 [](すべて・クルミ・アーモンド・栗・) 9. 甲殻類 [](すべて・エビ・カニ・) 10. 軟体類・貝類[](すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・) 11. 魚卵 [](すべて・いくら・タラコ・) 12. 魚類 [](すべて・サバ・サケ・) 13. 肉類 [](鶏肉・牛肉・豚肉・) 14. 果物 [](キウイ・バナナ・) 15. その他 []()
除去レベル*原因食物により異なる場合は()に原因食物番号を記載	<input type="checkbox"/> 完全除去[原因食物を用いた食品・料理を含め除去]() <input type="checkbox"/> 原因食物そのものを除去 () <input type="checkbox"/> マヨネーズのみ除去
摂取不可能な食品 摂取不可能な食品に○をつけてください。	保育所におけるアレルギーガイドラインにて基本的に摂取できる食品です。除去対象の場合があるので注意が必要です。 1. 鶏卵：卵殻カルシウム 2. 乳：乳糖 3. 小麦：醤油・酢・麦茶 6. 大豆：大豆油・醤油・味噌 7. ゴマ：ゴマ油 12. 魚類：かつおだし・いりこだし 13. 肉類：エキス
アレルギー用調製粉乳の使用	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(ミルフィー・ニューMA1・MA-mi・)
緊急時に備えた処方薬(症状が出現した場合の対応)	<input type="checkbox"/> 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) <input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射薬「エピペン®0.15mg」 <input type="checkbox"/> その他()
接触吸入による症状誘発の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
日常生活における注意点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
本指示書の内容に関しては (<input type="checkbox"/> 6か月後 ・ <input type="checkbox"/> 12か月後) に再評価を必要とします。	

指示日：平成 年 月

医療機関

医師