

食物除去の指示書 (診断書)

名前 _____ (男 ・ 女)

生年月日 平成 年 月 日生

診断名 #1 食物アレルギー _____

#2 _____

#3 _____

1. 以下の食物の完全除去(接触も含む)をお願いします。(該当する食物に○)

- | | |
|-----|---------------|
| ①卵 | ④そば |
| ②牛乳 | ⑤ピーナッツ |
| ③小麦 | ⑥その他(_____) |

備考: 除去食品で摂取不可能なもの (該当する項目に○)

鶏卵アレルギー: 卵殻カルシウム 牛乳アレルギー: 乳糖

小麦アレルギー: 醤油・酢・麦茶 大豆アレルギー: 大豆油・醤油・味噌

ゴマアレルギー: ゴマ油 魚アレルギー: かつおだし・いりこだし

肉類アレルギー: エキス ※○が付いていない場合は摂取可能です。

2. アナフィラキシー症状の既往 (該当する項目に○)

あり なし

「あり」の場合: 原因食物 _____

発生年月 平成 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 (該当する項目に○)

①内服薬(_____)

②自己注射(エピペン® 0.3mg ・ 0.15mg)

③医療機関受診

医療機関名 _____

電話番号 _____

4. 本指示書の内容に関して 6ヵ月後 ・ 12ヵ月後 に再評価が必要です。

平成 年 月 日 医療機関名

電話番号 _____

医師名

印