

アレルギー除去食に関する診断書（主治医意見書）

児童氏名 _____ さん （ 男 ・ 女 ） 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

診断名： _____

本児は診察・検査の結果、保育園においては

（A）食物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○印をつける。

1、除去が必要な食品は以下の通りです。

・食物名（ _____ ）

（ _____ ）

・牛乳アレルギーの場合の使用できるミルク名（ _____ ）

※除去食品の詳細は別紙に示します。

2、摂取した場合に出現する可能性のある症状は以下の通りです。

食品名	症状
鶏 卵 : (_____)	、 未摂取のため不明)
牛 乳 : (_____)	、 未摂取のため不明)
小 麦 : (_____)	、 未摂取のため不明)
(_____) : (_____)	、 未摂取のため不明)
(_____) : (_____)	、 未摂取のため不明)
(_____) : (_____)	、 未摂取のため不明)

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 痒感

非即時型反応：⑧湿疹 ⑨ 痒感 ⑩下痢

3、摂取後に症状が出現した場合の対処法および緊急の対応は以下の通りです。

① 内服薬：(_____)

② その他：(_____)

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医院名 _____

電話番号 _____

医師名 _____ 印