

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・令和 _____ 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。

- ・食品名 (_____ 、 _____ 、 _____)
- (_____ 、 _____ 、 _____)
- ・牛乳アレルギーの場合の使用できるミルク名 (_____)

※除去食の詳細は別紙に記載します。

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) |
- 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

3. 緊急時の対応は以下の通りです。

- (A) 内服薬：抗ヒスタミン薬 (_____)、ステロイド薬 (_____)
- (B) アドレナリン自己注射「 エピペン®0.15mg 」
- (C) その他 (_____)

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。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

電話番号

医師名

印