

児童のアレルギー除去食に関する主治医意見書

児童名 _____ (男・女) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

診断名 _____

本児は診察・検査の結果、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。

1. 除去が必要な食品名は以下の通りです。

1		4	
2		5	
3		6	

2. 摂取した場合に出現する可能性のある症状は次の通りです。

《即時性反応》 <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> 咳き込み <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嘔吐・腹痛 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 掻痒感
《非即時性反応》 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 掻痒感 <input type="checkbox"/> 下痢
《その他》 <input type="checkbox"/> 未摂取のため不明

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。

- 保護者へ連絡 緊急搬送 エピペン接種
 その他 (_____)

本意見書の内容については _____ 年 _____ 月 _____ 日まで有効です。 (最長1年を目途とする)

年 _____ 月 _____ 日

病医院名

電話番号

医師名

Ⓜ

(主治医記入)