

アレルギー除去食に関する連絡書(主治医意見書)－愛媛版2016

名 前 さん(男、女) 平成・令和 年 月 日生  
診断名 1 食物アレルギー 2 3

本児は診察、検査の結果、以下の食物について除去が必要と考えられます。

1. 除去が必要な食品名、および調理と食事の際の注意点は以下の通りです。  
 鶏卵  牛乳  小麦  大豆  ピーナッツ  ナッツ類  ゴマ  
 甲殻類・軟体類  魚  肉  果物  魚卵  山芋  ソバ

\*詳細は2頁目の除去食物指導表を参照してください。

微量のアレルゲン混入を防ぐため専用の調理器具の使用が必要 一般的対応で可  
誤食を防ぐため充分な観察と注意の中で食べさせることが 必要 一般的対応で可  
定期的内服薬の有無 有( )無

2. 食物アレルギーと診断した方法は次の通りです。

問診・視診、食物日誌、食物除去・負荷試験の反応、皮膚テスト、  
血液検査 (IgE, RAST, HRT等)、その他：

3. 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。

食品名	1	2	3	4	5	6	7	8		
<input type="checkbox"/> 鶏卵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 未摂取	<input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 未摂取	<input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 未摂取	<input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 未摂取	<input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 未摂取	<input type="checkbox"/> その他( )

出現しうる症状 1 ショック 2 咳き込み・呼吸困難 3 嘔吐・腹痛 4 全身蕁麻疹  
5 赤み・かゆみ 6 下痢 7 口腔内症状 8 湿疹の悪化

4. 原因食品摂取時には、保護者に至急連絡し指示を受けて下さい。

緊急の場合には以下の対応が必要です 緊急の対応が必要となる可能性は少ない  
内服薬 ( )  
医療機関連絡・受診: 当院救急病院 その他 ( )  
自己注射 (エピペン0.15mg・0.3mg)

\*緊急の事態に保護者に連絡がとれない場合、園・学校から主治医に連絡し指示を受けることに 保護者が同意を している していない 不明

5. 本連絡書(意見書)の内容については、下記の期間をおいて再評価が必要です。

1ヶ月後 3ヶ月後 6ヶ月後 1年後  ( )年後

6. その他の連絡事項

令和 年 月 日  
住所  
医療機関  
電話番号  
医師

除去食品指導表

食物アレルギーのため除去の必要な食品は、にチェックを入れます。

鶏卵アレルギー
<input type="checkbox"/> 生卵・生メレンゲを使ったお菓子 生卵入りの生クリーム・アイスクリームなど
<input type="checkbox"/> 半熟卵を含む料理や菓子 親子どんぶり・かき玉汁・卵とじ カスタードクリーム・マヨネーズなど
<input type="checkbox"/> 加熱卵白を相当量含む料理や菓子 卵焼き・茶碗蒸し・ゆで卵・薄焼き卵 プリン・カステラ・ケーキ・菓子パンなど
<input type="checkbox"/> 加熱卵白を中等量含む菓子 ドーナツ・卵ボーロ・クッキー・ビスケット
<input type="checkbox"/> つなぎに卵白を少量含む製品 練り製品・ハム・ソーセージ・ベーコン
<input type="checkbox"/> 加熱した卵を微量含む 食パン・天ぷら粉・麺類など
<input type="checkbox"/> 固ゆで卵の卵黄

牛乳アレルギー
<input type="checkbox"/> 牛乳・粉ミルク・フルーツ牛乳 <input type="checkbox"/> 生の牛乳を用いた食品 アイスクリーム・生クリーム
<input type="checkbox"/> チーズ <input type="checkbox"/> 加熱牛乳、ヨーグルト <input type="checkbox"/> 牛乳を加熱して使った料理 プリン、ホワイトソース
<input type="checkbox"/> 乳酸菌飲料 <input type="checkbox"/> 牛乳を含むパン・焼き菓子 <input type="checkbox"/> バターのみを含むパン・焼き菓子 <input type="checkbox"/> バター、マーガリンを使った料理
※ 分かっている場合、 牛乳換算( _____ ml)まで
※ アレルギー用ミルクを使用している場合 ミルク名( _____ )

小麦アレルギー
<input type="checkbox"/> 小麦粉を主体とした製品 うどん、スパゲッティ・パスタ類 麩(ふ)、パン類
<input type="checkbox"/> カレー・シチュなどのルー
<input type="checkbox"/> 肉・練り製品のつなぎ
<input type="checkbox"/> オートミール・麦茶
<input type="checkbox"/> 小麦入り醤油、味噌など

大豆アレルギー
<input type="checkbox"/> 豆乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> きなこ
<input type="checkbox"/> 枝豆 <input type="checkbox"/> おから
<input type="checkbox"/> 納豆 <input type="checkbox"/> 豆腐
<input type="checkbox"/> 大豆もやし
<input type="checkbox"/> 大豆入り味噌や醤油
<input type="checkbox"/> 大豆油を使った料理や菓子

- ピーナッツ     ナッツ全般 ( アーモンド    クルミ    カシューナッツ      
 甲殻類・軟体類    全般    エビ    カニ    イカ    タコ    貝類      
 魚    全般    右の魚のみ不可              
 肉類    鶏肉    牛肉    豚肉      
 果物    キウイ    バナナ    リンゴ    モモ          
 魚卵    全般 ( イクラ             )  
 その他    山芋    ソバ    ゴマ