

## 食物除去の指示書（診断書）

児童氏名 \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 )  
 生年月日 平成・令和 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
ごまアレルギー：ごま油	魚類アレルギー：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

備考：「あり」の場合：原因食物 \_\_\_\_\_  
 発生年月 平成・令和 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. 自己注射薬 ( エピペン® 0.15mg・0.3mg )
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ヶ月後・12ヶ月後）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 \_\_\_\_\_