**食物アレルギー除去食指示書**

令和　　　年　　　月　　　日

＜園 児 名＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜医療機関名＞

＜生年月日＞　平成・令和　　　年　　　月　　　日　生

＜担当医師名＞　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（以下について該当するものに✔印または記入をお願いいたします。）

１、診断名　　１) アトピー性皮膚炎・気管支喘息

　　　　　　　２) 食物アレルギー｛□ 鶏卵　□ 牛乳　□ 大豆　□ 小麦　□ 肉類　□ その他（　　　　　）｝

２、食べ物アレルギーと診断された方法は何ですか。

　　　□ 問診・視診　　□ 食事日誌　　□ 食べ物除去及び負荷による反応

　　　□ 皮膚反応テスト（結果　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）

　　　□ 血液検査（IgE RAST 等）検査結果を添付してください。□その他（　　　　　　　　　　　 　 ）

３、誤って除去の指示があった食品を食べたときに起こる可能性の高い症状は何ですか。

　　(１) 皮膚症状　　　□ 赤くなる　　□ 発疹　　□ かゆみ　　□ 蕁麻疹　　　□ その他（　　　　　　）

　　(２) 消火器症状　　□ 嘔吐　　　　□ 下痢　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）

　　(３) 喘息発作　　　□ クシャミ　　□ 呼吸困難

　　(４) ショック症状　□ 有　　　　　□ 無

　　(５) その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）

４、これからの除去食の期間はどのくらいとお考えですか。

　　　□ ６ヶ月　　　□ １年くらい　　　□ 症状の悪化期間のみ　　　□ その他（　　　　　　　　　 　）

５、投薬（有の場合は、薬品名を記入してください）

　　(１) 内服薬　　　□ 有（　　　　　　　　　　　　　）　　□ 無

　　(２) 外用薬　　　□ 有（　　　　　　　　　　　　　）　　□ 無

６、日常生活での注意事項など

７、除去食指示 １)前回指示書と変更なし ２)本紙以下の通り ※除去する食品について表中の□に印をつけてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 卵　関連食品 | 牛乳　関連食品 | 大豆・豆　関連食品 | 穀類　関連食品 | 肉類　関連食品 |
| □ 卵白□ 卵黄□ 卵料理（卵焼き等）□ 全卵マヨネーズ□ ケーキ・カステラ□ 竹輪・かまぼこ□ はんぺん□ ウインナー・ベーコン□ バターロール□ プリン□ ドーナツ類□ クッキー類□ カスタードクリーム□ ババロア□ 卵使用フライ等の衣 | □ 牛乳□ 生クリーム□ 粉ミルク□ スキムミルク□ バター□ チーズ□ ヨーグルト□ 乳酸菌飲料□ シチュー料理□ プリン□ クッキー□ チョコレート | □ 大豆□ 豆腐□ おから□ きな粉□ 高野豆腐□ 納豆□ 厚揚げ・がんも□ 油揚げ□ 市販の油（サラダ油等）□ みそ□ 醤油□ 小豆□ もやし□ 枝豆□ グリンピース□ うずら豆□ インゲン□ 緑豆春雨□ 絹さや□ 大豆由来のもの（乳化剤等） | □ 小麦粉□ うどん□ 米□ パン□ パン粉□ 中華麺□ スパゲッティ□ マカロニ□ 麩□ カステラ□ 餃子□ シュウマイ□ 醤油□ 味噌□ 練り製品□ 酢 | □ 鶏肉□ 鶏がらスープ□ 牛肉□ 豚肉□ コンソメ（鶏肉）□ 中華だし（牛肉）□ ウインナー・ベーコン |
| 種実類　関連食品 |
| □ ごま□ くるみ□ アーモンド□ ピーナッツ |
| その他の食品 |
| □ ゼリー□ チョコクリーム□ ココア□ えび□ 魚卵 |
| その他の除去食品（食品名がない場合） |

本指示書の内容については６ヶ月後に再評価が必要です。有効期間６ヶ月間：令和 年 月 　 日 ～ 令和　 年 　月　 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 **幼保連携型認定こども園　明朗幼稚園**