

食物アレルギー児における食品除去のための診断書

氏名 _____ (男 ・ 女) 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

診断名： # 1 食物アレルギー
 # 2 _____
 # 3 _____

食物アレルギーによる症状発現の予防のため、以下の食物の除去が必要である。

これまでに経験した症状と食品除去の必要性の根拠を以下に示す。

食物名	食物摂取により経験した症状 (該当する症状に○、下記より選択)	食品除去の根拠* (重複回答)
鶏卵	: 即時型反応** ()、その他 ()	()
牛乳***	: 即時型反応** ()、その他 ()	()
小麦	: 即時型反応** ()、その他 ()	()
大豆	: 即時型反応** ()、その他 ()	()
[]	: 即時型反応** ()、その他 ()	()
[]	: 即時型反応** ()、その他 ()	()
[]	: 即時型反応** ()、その他 ()	()

*食品除去の根拠：①既往歴、②負荷試験陽性、③特異的 IgE 抗体陽性、④未摂取

**即時型反応発現部位 (重複回答)：a. 皮膚・粘膜 (限局性)、b. 皮膚・粘膜 (広範囲)、c. 呼吸器、
 d. 消化器、e. アナフィラキシーショック

***牛乳アレルギー除去調製粉乳：必要 ミルク名【 _____ 】 ・ 不要

誤食時には保護者への連絡と以下の処置を行う (該当する番号に○、持参薬品名記入)。

1. 緊急常備薬の内服 (薬品名 _____)、症状の進行があれば医療機関受診
2. エピペン 0.15mg 大腿外側筋肉注射後、救急車で医療機関受診
3. ただちに医療機関受診 (救急車要請も考慮)

本診断書の内容については来年 () 月に再評価が必要です。

園における食品除去は完全除去を原則とするが、個々に対応が可能な場合や摂取可能食品が増えた場合には指示書に記載します。

年 _____ 月 _____ 日

医療機関名
 住 所
 電 話 番 号
 医 師 名

表 2

卵アレルギー児の摂取可能食品

	卵を使用する料理の種類	全部摂取可能であれば○*	(一部の食品が摂取可能な場合の具体例) 他の食材も考慮して摂取可能であれば○
卵料理	卵料理 (調理条件、特に加熱の仕方により抗原性が異なるので注意)		スクランブルエッグ、オムレツ、卵とじ、 卵スープ、錦糸卵、茶碗蒸し ()
	12分以上の固ゆで卵		卵黄のみ 卵白も可
卵を少量用いる料理	つなぎに卵を用いるもの		ハンバーグステーキ、肉団子 ()
	衣に卵を用いるもの		てんぷら、フライ、フリッター、ピカタ ()
加工食品	加工食品の原材料		ハム、ベーコン、ソーセージ、練り製品 ()
生卵白の混じるもの	生卵黄を主成分とするもの		マヨネーズ
卵を含む菓子等	生卵または加熱不十分な卵を原材料とする菓子		ムース、アイスクリーム、パバロア、 カスタードクリーム、フレンチトースト チーズケーキ()
	卵入り菓子 (材料、調理条件により抗原の強さが大きく異なるので注意)		プリン、ホットケーキ、バウムクーヘン、 カステラ、ケーキ類、ドーナツ、卵ボーロ、 メロンパン、クロワッサン()
	卵入り焼き菓子		ビスケット、クッキー ()
	パンの生地に卵を用いたもの		テーブルロール ()
その他	灰汁取りに卵白を用いるもの		()
	卵入り麺		パスタ、中華麺()
	うずら卵 (水煮、茹でたもの)		()
	魚卵		子持ちシシャモ、その他の魚卵

*右欄の食品をすべて摂取可能であれば○

牛乳アレルギー児の摂取可能食品

	通常量摂取可能な食品に○	摂取可能に関するコメント
牛乳・乳製品	牛乳*、乳児用調整粉乳*、脱脂粉乳*	
	ヨーグルト、チーズ、生クリーム、練乳 ()	
	バター	
牛乳・乳製品を含む料理、菓子	ホワイトソース、クリームシチュー、カレー、 ババロア、プリン、アイスクリーム、ムース ()	
	ケーキ類、クッキー類、卵ボーロ、パン ()	
牛乳・乳製品を含む加工食品	ソーセージ、ハム、ベーコン、 マーガリン、[乳成分入り]調整豆乳 ()	
	乳糖を含むインスタント調味料	

* 牛乳アレルギー除去調製粉乳(アレルギー用ミルク)による代替
必要(商品名_____)、不必要

小麦アレルギー児の摂取可能食品

	通常量摂取可能な食品に○	摂取可能に関するコメント
小麦の主食	うどん、ソーメン、パスタ、中華麺、パン ()	
小麦を主原料としたもの	餃子、シュウマイの皮、マカロニ ケーキ類、クッキー類 ()	
調理に用いる小麦	天ぷら、フライ、ムニエルなどの皮 ()	
小麦を含む加工食品	ルー、練り製品などのつなぎ、麩 ()	
	醤油	

大豆アレルギー児の摂取可能食品

	通常量摂取可能な食品に○	摂取可能に関するコメント
大豆	大豆、枝豆 ()	
大豆製品	豆乳、湯葉、きな粉、おから、豆腐、油揚げ 納豆 ()	
	味噌、醤油	

表 3

氏名 _____ (男・女)

食物アレルギー食事指示書 (変更届)

受診日	摂取可能食品 変化の有無	変化の内容 (摂取可能な食品が増え た場合には量も記入)	次回受診予定日 主治医のサイン
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____

受診するときには毎回持参して主治医に記入していただいでください。

摂取可能な食品が増えた場合には診断時の指示表に赤で追記してください。