

食物アレルギー児の主治医診断書

保育所・保育園

児童氏名

(男・女) 平成・令和 年 月 日生 (歳 ヲ月)

当てはまるものに○やレをしてください。

食物アレルギー病型		アナヒラキシー病型 既往歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎	3. 新生児消化器症状・口腔アレルギー症候群 食物依存症性運動誘発アナフィラキシー その他()	1. 食物 (原因:)
2. 即時型		2. その他 (医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・ラテックスアレルギー)
緊急時に備えた処方薬	1. アドレナリン自己注射薬「エピペン0.15mg」 2. その他 ()	

除去が必要な食品区分の()欄に○をしてください。

分類	食品区分	食品リスト	○
卵	a	マヨネーズ	()
	b	卵料理(ゆでたまご、卵焼きなど)	()
		卵が相当量含まれる食品(卵とじ、卵スープなど)	()
		〃 (クッキー、ドーナツ、パン、ケーキ、プリンなど)	()
		〃 (天ぷら・フライの衣など)	()
	c	つなぎに卵が含まれる食品(かまぼこ、ちくわ、ハム、ウィンナーなど)	()
※	卵がごく微量(乳剤(卵由来)、卵殻カルシウムなど)含まれる加工品	()	
牛乳	a	牛乳、調整粉乳、生クリーム、アイスクリーム	()
	b	料理・菓子に使う牛乳(シチュー、ホットケーキ、プリンなど)	()
		チーズ、ヨーグルト、バター、スキムミルクを用いた食品	()
	c	つなぎにカゼインが含まれる食品(ハム、ウィンナーなど)	()
	※	乳成分がごく微量(乳糖など)含まれる加工食品	()
	ミルク・牛乳の代替	0歳	<input type="checkbox"/> アレルギー用調整粉乳の場合() <input type="checkbox"/> その他()
1歳以上		<input type="checkbox"/> アレルギー用調整粉乳の場合() <input type="checkbox"/> その他()	()
小麦粉	a	小麦粉を主成分とした食品(パン、マカロニ、麩など)	()
	b	小麦粉を少量使用した食品(天ぷら・フライの衣、カレーうどんなど)	()
	c	〃 (ねり製品のつなぎなど)	()
	※d	しょうゆ、酢	()
		麦茶	()

※の食品については、微量で重篤な症状が出るような場合でなければ摂取することができますとされています。

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

除去が必要な食品区分の()欄に○をしてください。

分類	食品区分	食品リスト	○
大豆	a	大豆、えだ豆	()
		豆乳、豆腐、厚揚げ、油揚げ、高野豆腐、きな粉、おから	()
	b	みそ、しょうゆ	()
	※c	豆類(小豆、もやし、サンド豆、グリーンピースなど)	()
	※d	サラダ油、マーガリン、ショートニング	()
肉類	a	肉そのもの: <input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> 鶏肉 <input type="checkbox"/> 豚肉 肉のエキス(コンソメなど)	()
			()
魚類	a	魚そのもの(種類:) 魚のエキス(だし)	()
			()
甲殻類	a	甲殻類そのもの: <input type="checkbox"/> エビ <input type="checkbox"/> イカ <input type="checkbox"/> その他() 甲殻類のエキス	()
			()

その他	<input type="checkbox"/> の食品をチェックして、具体的な品名を記入してください。	()
	<input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/> ナッツ類 <input type="checkbox"/> ごま <input type="checkbox"/> ごま油 <input type="checkbox"/> その他	

保育上注意すべき事項
見直し時期 令和 年 月 日

住 所
医療機関名
電話 番号
師名