

## 食物アレルギー除去の指示書

指示日： 年 月 日

施設名			
名 前		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生 ( 歳 ヶ月)	記入時	

診断名	(食物アレルギー)
-----	-----------

1、下記のアレルギー原因食物の完全除去の該当する食物に☑をお願いします。

卵 牛乳 小麦 そば 落花生(ピーナッツ)  
えび かに その他 ( )

2、上記除去食品について①摂取不可能なもの②食事形態や食事内容に該当する項目に☑を付けて下さい。

①摂取不可能なもの(与えてはいけない物)

鶏卵アレルギー	<input type="checkbox"/> 卵殻カルシウム <input type="checkbox"/> マヨネーズ
牛乳アレルギー	<input type="checkbox"/> 乳糖
小麦アレルギー	<input type="checkbox"/> 醤油 <input type="checkbox"/> 酢 <input type="checkbox"/> 麦茶
大豆アレルギー	<input type="checkbox"/> 大豆油 <input type="checkbox"/> 醤油 <input type="checkbox"/> 味噌
ゴマアレルギー	<input type="checkbox"/> ゴマ油
魚アレルギー	<input type="checkbox"/> かつおだし <input type="checkbox"/> いりこだし
肉アレルギー	<input type="checkbox"/> エキス
揚げ油	再利用 (OK・NG)

\*☑が付いていない場合は摂取可能

アレルギー用ミルクの使用： 有 ・ 無 (商品名： )

3、摂取した場合に出現する可能性のある症状の該当する項目に☑を付けて下さい。

即時型反応 ショック 咳き込み 呼吸困難  
嘔吐・腹痛 顔面紅潮  
蕁麻疹 その他 ( )  
 非即時型反応 湿疹 掻痒感 下痢 その他 ( )

4、アナフィラキシー症状の既往について、該当する項目に○を付けて下さい。

あり ・ なし

\*「あり」と答えた方は、下記の問いにお答えください。

発生年月： 年 月 日

原因食物： \_\_\_\_\_

5、原因食物摂取時に症状が出現した場合の対応方法について、ご記入ください。

①内服薬： なし あり (薬剤名 )

②自己注射： エピペン (0.3mg 0.15mg)

③医療機関受診：医療機関名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

6、本指示書の内容に関して年1回(4月)に再評価致します。

年 月 日

医療機関名

電話番号

医師名

印