

アレルギー除去食診断書

東京都中野区ひまわり保育園 施設長殿

氏名 様 (男・女) 平成 年 月 日生まれ
 診断名

本児は診断・検査の結果、下記の食品ならびにその加工品を除去してください。

1、除去が必要な食品名は以下の通りです。

- ①鶏卵(うずら卵) ②牛乳 ③乳製品 ④小麦 ⑤大豆 ⑥エビ ⑦カニ
 ⑧魚(魚の名前:)
 ⑨その他()

2、食べた時に出現する可能性のある症状を記入(複数可)

食品名	症状
鶏卵()	、未摂取のため不明)
牛乳()	、未摂取のため不明)
乳製品()	、未摂取のため不明)
小麦()	、未摂取のため不明)
() ()	、未摂取のため不明)

アナフィラキシーショック、喘息発作、咳き込み、呼吸困難、蕁麻疹 顔面紅潮

喘鳴(ヒューヒュー・ゼーゼー)、湿疹、嘔吐、下痢、腹痛、そう痒感

3、摂取後に症状が出現した場合に対処法および緊急の対応は以下の通りです。

- ①薬剤の使用 無 ・ 有
- ・内服薬
 (薬品名)
 (薬品名)
 - ・その他
 (薬品名)

本診断書の内容については、(3、6、12)ヶ月後に再評価が必要です。

平成 年 月 日

病院名

住所

電話番号

医師名

印