

提出期限 年 月 日

※保育園提出用（医師が記入してください）

# 食 物 ア レ ル ギ ー 診 断 書

社会福祉法人わかば友の会 わかば認定こども園

TEL 098-832-6600

フリガナ

氏名

住所

生年月日 年 月 日 ( 歳 ヶ月)

## A. 食物アレルギー病型

- 1 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎
- 2 即時型
- 3 その他 (新生児消化器症状・口腔アレルギー症候群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他)

## B. アナフィラキシー

- 1 既往 (あり・なし)
- 2 原因 (食物: )  
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)

## C. 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号及び内容に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載

| 原因食物         | 除去根拠<br>※下記参照 | ※厳密に除去が必要であれば○ |
|--------------|---------------|----------------|
| 1 鶏卵         | 《 》           | 卵殻カルシウム        |
| 2 牛乳・乳製品     | 《 》           | 乳糖             |
| 3 小麦         | 《 》           | 醤油・みそ・酢・麦茶     |
| 4 ビーナッツ      | 《 》           |                |
| 5 大豆         | 《 》           | 醤油・みそ・大豆油      |
| 6 ゴマ         | 《 》           | ゴマ油            |
| 7 甲殻類 ( )    | 《 》           | しらす干し          |
| 8 軟体類・貝類 ( ) | 《 》           |                |
| 9 魚類 ( )     | 《 》           |                |
| 10 果物類 ( )   | 《 》           |                |
| 11 芋類 ( )    | 《 》           |                |
| 12 その他 ( )   | 《 》           |                |

※除去根拠（該当するものすべての番号を《 》内に記入

①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 ④未接取

D. アレルギー用調整粉乳 [ 不要 ・ 必要 ( ミルフィー ・ ミューMA-1 ・ MA-mi ) ]

E. 調味料の除去 [ 不要 ・ 必要 ( ) ]

## F. 緊急時に備えた処方薬

1.内服薬（抗ヒスタミン薬・ステロイド薬）2.アドレナリン自己注射薬「エピベン0.15mg」3.その他 ( )

G.特記事項（原材料そのものにはアレルギーが入っていないが、製造工程で使われている場合（本品製造工場では（アレルギー）を含む製品を生産していますなどの表記がある場合）も除去しなければならないような、極微量のアレルギーに反応する重篤なアレルギーである場合は、その旨記入してください。

(

)

上記の通り診断する。

年 月 日

医療機関名

医師・署名

印