

食物アレルギー除去食指示書

【新規・継続・変更・解除】

組			
名前			
生年月日	年	月	日

受診日

令和 年 月 日

医療機関名

担当医師

【次回受診予定日】

令和 年 月 日

以下について、該当するものに✓または記入をお願いします。

1.食物アレルギーの原因と考えられ、除去が必要な食品

鶏卵 牛乳 大豆 小麦 ピーナッツ その他（ ）

2.食物アレルギーと診断された方法は何ですか？

問診・視診 食物日誌 食物除去及び負荷による反応

皮内テスト（結果： ）

血液検査（IgE LAST等）検査結果を裏面に添付してください

その他（ ）

3.除去の指示があった食品を食べた場合に起こる可能性の高い症状は何ですか？

(1) 皮膚粘膜症状（発赤や発疹 かゆみ むくみ じんましん

眼球結膜の充血）

(2) 消化器症状（嘔吐 下痢 腹痛）

(3) 呼吸器症状（くしゃみ せき 声がれ 喘息発作 呼吸困難）

(4) 重篤な症状が予想される（この場合は後日、詳しくご指示を頂きます。）

(5) その他（ ）

4.アナフィラキシーショックの既往

(1) 有 無

有の場合：原因食品（ ） 発生年月日 年 月 日

5.投薬（有の場合は薬品名を記入してください。）

(1) 内服薬 有（ ） 無

(2) 外用薬 有（ ） 無

6.日常生活の注意事項など