食物除去の指示書（診断書）

名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（ 男 ・ 女 ）

生年月日　　年　　月　　日 生

診断名 ＃1 食物アレルギー＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＃2＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＃3＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1. 以下の食物の完全除去（接触も含む）をお願いします。（該当する食物に○）

①卵　　④そば

②牛乳　　⑤ピーナッツ

③小麦　　⑥その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

備考： 除去食品で摂取不可能なもの （該当する項目に○）

鶏卵アレルギー：	卵殻カルシウム	牛乳アレルギー：	乳糖
小麦アレルギー：	醤油・酢・麦茶	大豆アレルギー：	大豆油・醤油・味噌
ゴマアレルギー：	ゴマ油	魚アレルギー：	かつおだし・いりこだし
肉類アレルギー：	エキス	※○が付いていない場合は摂取可能です。	

2. アナフィラキシー症状の既往 （該当する項目に○）

あり　　なし

「あり」の場合： 原因食物＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

発生年月　平成　　年　　月

3. 原因食物摂取時に症状が出現した場合の対応方法 （該当する項目に○）

①内服薬（　　）

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　　－　　－

4. 本指示書の内容に関して 6ヵ月後 ・ 12ヵ月後 に再評価が必要です。

平成　　年　　月　　日　　医療機関名

電話番号　　－　　－

医師名　　印