

食物除去の指示書（診断書）

名前 _____ (男・女)

生年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

診断名 _____

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

- | | |
|-----|---------------|
| ①鶏卵 | 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

※○がついていない場合は摂取可能です。

※除去食品の詳細は裏面にて示しています。

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. 原因食物摂取時に出現する可能性のある症状

症状： _____

4. 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 _____

5. 本指示書の内容に関して、 _____ ヶ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