

@食物アレルギー意見書

裏面に記入例

氏名 _____ 男・女 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 () 才

1 食物アレルギーについて

アレルギー	起きたことのある症状 ※複数チェック可	特記事項
	<input type="checkbox"/> 発赤, 蕁麻疹, 湿疹など皮膚症状	
	<input type="checkbox"/> 咳, 鳴など呼吸器症状	
	<input type="checkbox"/> 腹痛, 嘔吐など消化器症状	
	<input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状	
	<input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	
	<input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 発赤, 蕁麻疹, 湿疹など皮膚症状	
	<input type="checkbox"/> 咳, 喘鳴など呼吸器症状	
	<input type="checkbox"/> 腹痛, 嘔吐など消化器症状	
	<input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状	
	<input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	
	<input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 発赤, 蕁麻疹, 湿疹など皮膚症状	
	<input type="checkbox"/> 咳, 喘鳴など呼吸器症状	
	<input type="checkbox"/> 腹痛, 嘔吐など消化器症状	
	<input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状	
	<input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	
	<input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 発赤, 蕁麻疹, 湿疹など皮膚症状	
	<input type="checkbox"/> 咳, 喘鳴など呼吸器症状	
	<input type="checkbox"/> 腹痛, 嘔吐など消化器症状	
	<input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状	
	<input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	
	<input type="checkbox"/> その他()	

2 緊急時に備えた処方薬

{

3 次回, 意見書記入の予定 (3 ・ 6 ・ 1 2) カ月後

4 生活上の配慮や主治医からの注意事項

{

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関

住 所

電話番号

医 師 名 _____

⑩

- * この意見書は倉敷市連合医師会との申し合わせにより文書料は500円(税別)でお願いいたします。
- * ただし, 保育所におけるアレルギー-疾患生活管理指導表と併用の場合も500円(税別)でお願いいたします。

食物アレルギー意見書

記入例

氏名 倉敷 太郎

男・女

平成 26 年 12 月 1 日生 (3) 才

1 食物アレルギーについて

アレルゲン	起きたことのある症状 ※複数チェック可	特記事項
卵	<input checked="" type="checkbox"/> 発赤, 蕁麻疹, 湿疹など皮膚症状	全身に症状が強く出たことがある。
	<input type="checkbox"/> 咳, 喘鳴など呼吸器症状	内服薬(アレグラ)を飲んで、症状が
	<input type="checkbox"/> 腹痛, 嘔吐など消化器症状	おさまった。
	<input checked="" type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状	エピペンを使用した。
	<input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	生卵を食べたことがない。
	<input type="checkbox"/> その他()	
キウイ	<input checked="" type="checkbox"/> 発赤, 蕁麻疹, 湿疹など皮膚症状	すぐに救急車要請をする。
	<input type="checkbox"/> 咳, 喘鳴など呼吸器症状	
	<input type="checkbox"/> 腹痛, 嘔吐など消化器症状	
	<input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状	
	<input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	
	<input checked="" type="checkbox"/> その他(喉のイガイガ)	内服薬(アレグラ)を飲んだ。
小麦	<input type="checkbox"/> 発赤, 蕁麻疹, 湿疹など皮膚症状	} 摂取後、1時間で息苦しさなどの } 症状が出た。
	<input checked="" type="checkbox"/> 咳, 喘鳴など呼吸器症状	
	<input checked="" type="checkbox"/> 腹痛, 嘔吐など消化器症状	
	<input checked="" type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状	エピペンを使用した。
	<input checked="" type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	
	<input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 発赤, 蕁麻疹, 湿疹など皮膚症状	
	<input type="checkbox"/> 咳, 喘鳴など呼吸器症状	
	<input type="checkbox"/> 腹痛, 嘔吐など消化器症状	
	<input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状	
	<input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	
	<input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 発赤, 蕁麻疹, 湿疹など皮膚症状	
	<input type="checkbox"/> 咳, 喘鳴など呼吸器症状	
	<input type="checkbox"/> 腹痛, 嘔吐など消化器症状	
	<input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状	
	<input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	
	<input type="checkbox"/> その他()	

2 緊急時に備えた処方薬

内服薬(プレドニン、アレグラ)、エピペン **必ずどこかに○をお願いします。**

3 次回, 意見書記入の予定 (3 ・ 6 ・ 12) カ月後

4 生活上の配慮や主治医からの注意事項

経口負荷試験の結果、○月から卵の除去を中止する。

平成 年 月 日

医療機関
住 所
電話番号
医 師 名

給食対応を中止する場合は、こちらに記入をお願いします。

* この意見書は倉敷市連合医師会との申し合わせにより文書料は500円(税別)でお願いいたします。
* ただし、保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表と併用の場合も500円(税別)でお願いいたします。