

# アレルギー除去食指示書

## (初回・再評価)

児童名

現住所

生年月日 年 月 日(才 ヶ月)

食物アレルギーの対応には医師の指示書が必要です。かかりつけの医療機関で記入頂きご提出下さい。

※該当する項目の番号に○印をして下さい。

- 1 下記の通り、食品の除去をお願いします。(初回時)
- 2 今まで通り、下記の食品の除去をお願いします。(再評価時)
- 3 下記の通り、食品の除去を変更します。(再評価時)

食品	その中で「摂取可能な食品」を○で囲む	調理に関する指示
小麦	小麦・パン類・麺類・菓子やケーキ類、調味料(醤油・味噌・醸造酢)	
大豆	大豆・大豆製油脂・味噌・醤油・豆腐・豆乳・きなこ・油揚げ・高野豆腐・おから・大豆もやし	
豆類	小豆・うずら豆・空豆・枝豆・黒豆・緑豆春雨・絹さや・いんげん・緑豆もやし	
魚	魚・出し汁(さば節・煮干し)・おかか・しらす干し・じゃこ・はんぺん	
卵	卵・マヨネーズ・はんぺん・肉加工品(生卵の使用はありません)	
乳	牛乳・乳製品・バター・ヨーグルト・チーズ・粉ミルク・スキムミルク	
鶏肉	鶏肉	
豚肉	豚肉・ハム・ウインナー・焼き豚・ベーコン・ゼラチン	
牛肉	牛肉	
魚介類	海老・イカ・貝類・オイスターソース	
果物	バナナ・いちご・すいか・メロン・さくらんぼ・びわ・パイナップル・桃	
その他	くるみ・アーモンド・胡麻・そば・レーズン・ココア・山芋・とうもろこし・コーンフレーク	

※下記は該当する場合に○印をして下さい。

<input type="checkbox"/>	空気中の粉塵に除去食品が混じっても症状が出る
<input type="checkbox"/>	製品には除去食品が使用されていないが、製造ラインで除去食品が使用されている場合でも食べると症状が出る。

年 月 日

医療機関名

医師名

印

# アレルギー除去食解除願い

児 童 名

現 住 所

生年月日 年 月 日 ( 才 ヶ月)

上記の児童は、かねてよりアレルギー除去食を指示してきましたが、アレルギーが改善されてきておりますので除去食を解除します。

年 月 日

医療機関名

医 師 名

印

# アレルギー除去食不要届

児 童 名

---

現 住 所

---

生年月日                      年      月      日 (   才      ヶ月)

---

上記の児童は、

- 1 過去にアレルギーの診断を受けましたが
  - 2 アレルギーの疑いがありましたが
- 診断の結果、アレルギー除去食対応は不要だったので届け出ます。

年      月      日

医療機関名

医 師 名

印