

アレルギー除去食に関する連絡書(主治医意見書)－愛媛版2016

名 前 さん(男、女) 平成・令和 年 月 日生

診断名 1 食物アレルギー 2 3

本児は診察、検査の結果、以下の食物について除去が必要と考えられます。

1. 除去が必要な食品名、および調理と食事の際の注意点は以下の通りです。

☐ 鶏卵 ☐ 牛乳 ☐ 小麦 ☐ 大豆 ☐ ピーナッツ ☐ ナッツ類 ☐ ゴマ
☐ 甲殻類・軟体類 ☐ 魚 ☐ 肉 ☐ 果物 ☐ 魚卵 ☐ 山芋 ☐ ソバ ☐

*詳細は2頁目の除去食物指導表を参照してください。

微量のアレルゲン混入を防ぐため専用の調理器具の使用が☐必要 ☐一般的対応で可
 誤食を防ぐため充分な観察と注意の中で食べさせることが ☐必要 ☐一般的対応で可
 定期的内服薬の有無 ☐有()☐無

2. 食物アレルギーと診断した方法は次の通りです。

☐問診・視診、☐食物日誌、☐食物除去・負荷試験の反応、☐皮膚テスト、
☐血液検査 (IgE, RAST, HRT等)、☐その他：

3. 摂取した場合に出現する可能性のある症状 は次の通りです。

食品名	1	2	3	4	5	6	7	8		
<input type="checkbox"/> 鶏卵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 未摂取	<input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 未摂取	<input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 未摂取	<input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 未摂取	<input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 未摂取	<input type="checkbox"/> その他()

出現しうる症状 1 ショック 2 咳き込み・呼吸困難 3 嘔吐・腹痛 4 全身蕁麻疹
 5 赤み・かゆみ 6 下痢 7 口腔内症状 8 湿疹の悪化

4. 原因食品摂取時には、保護者に至急連絡し指示を受けて下さい。

☐ 緊急の場合には以下の対応が必要です ☐ 緊急の対応が必要となる可能性は少ない
☐ 内服薬 (☐ 医療機関連絡・受診: ☐当院☐救急病院 ☐その他 ()
☐ 自己注射 (エピペン0.15mg・0.3mg)

*緊急の事態に保護者に連絡がとれない場合、園・学校から主治医に連絡し指示を受けることに 保護者が 同意を ☐している ☐していない ☐不明

5. 本連絡書(意見書)の内容については、下記の期間をおいて再評価が必要です。

☐1ヶ月後 ☐3ヶ月後 ☐6ヶ月後 ☐1年後 ☐ ()年後

6. その他の連絡事項

令和 年 月 日
 住 所
 医療機関
 電話番号
 医 師

患者名: さん 令和 年 月 日記入

除去食品指導表

食物アレルギーのため除去の必要な食品は、☐にチェックを入れます。

鶏卵アレルギー
<input type="checkbox"/> 生卵・生メレンゲを使ったお菓子 生卵入りの生クリーム・アイスクリームなど
<input type="checkbox"/> 半熟卵を含む料理や菓子 親子どんぶり・かき玉汁・卵とじ カスタードクリーム・マヨネーズなど
<input type="checkbox"/> 加熱卵白を相当量含む料理や菓子 卵焼き・茶碗蒸し・ゆで卵・薄焼き卵 プリン・カステラ・ケーキ・菓子パンなど
<input type="checkbox"/> 加熱卵白を中等量含む菓子 ドーナツ・卵ボーロ・クッキー・ビスケット
<input type="checkbox"/> つなぎに卵白を少量含む製品 練り製品・ハム・ソーセージ・ベーコン
<input type="checkbox"/> 加熱した卵を微量含む 食パン・天ぷら粉・麺類など
<input type="checkbox"/> 固ゆで卵の卵黄

牛乳アレルギー
<input type="checkbox"/> 牛乳・粉ミルク・フルーツ牛乳
<input type="checkbox"/> 生の牛乳を用いた食品 アイスクリーム・生クリーム
<input type="checkbox"/> チーズ
<input type="checkbox"/> 加熱牛乳、ヨーグルト
<input type="checkbox"/> 牛乳を加熱して使った料理 プリン、ホワイトソース
<input type="checkbox"/> 乳酸菌飲料
<input type="checkbox"/> 牛乳を含むパン ・ 焼き菓子
<input type="checkbox"/> バターのみを含むパン・焼き菓子
<input type="checkbox"/> バター、マーガリンを使った料理
※ 分かっている場合、 牛乳換算(ml)まで
※ アレルギー用ミルクを使用している場合 ミルク名()

小麦アレルギー
<input type="checkbox"/> 小麦粉を主体とした製品 うどん、スパゲッティ・パスタ類 麴(ふ)、パン類
<input type="checkbox"/> カレー・シチュなどのルー
<input type="checkbox"/> 肉・練り製品のつなぎ
<input type="checkbox"/> オートミール・麦茶
<input type="checkbox"/> 小麦入り醤油、味噌など

大豆アレルギー
<input type="checkbox"/> 豆乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> きなこ
<input type="checkbox"/> 枝豆 <input type="checkbox"/> おから
<input type="checkbox"/> 納豆 <input type="checkbox"/> 豆腐
<input type="checkbox"/> 大豆もやし
<input type="checkbox"/> 大豆入り味噌や醤油
<input type="checkbox"/> 大豆油を使った料理や菓子

- | | | | | |
|--------------------------------|---|------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ピーナッツ | <input type="checkbox"/> ナッツ全般 (<input type="checkbox"/> アーモンド | <input type="checkbox"/> クルミ | <input type="checkbox"/> カシューナッツ | <input type="checkbox"/> |
| 甲殻類・軟体類 | <input type="checkbox"/> 全般 <input type="checkbox"/> エビ <input type="checkbox"/> カニ | <input type="checkbox"/> イカ | <input type="checkbox"/> タコ | <input type="checkbox"/> 貝類 <input type="checkbox"/> |
| 魚 | <input type="checkbox"/> 全般 右の魚のみ不可 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 肉類 | <input type="checkbox"/> 鶏肉 <input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> 豚肉 <input type="checkbox"/> | | | |
| 果物 | <input type="checkbox"/> キウイ <input type="checkbox"/> バナナ <input type="checkbox"/> リンゴ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> モモ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 魚卵 | <input type="checkbox"/> 全般 (<input type="checkbox"/> イクラ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| その他 | <input type="checkbox"/> 山芋 <input type="checkbox"/> ソバ <input type="checkbox"/> ゴマ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(参考様式) ※「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」(2019年改訂版)

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表（食物アレルギー・アナフィラキシー・気管支ぜん息）

名前 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳 _____ ヶ月) _____ 組 _____

※この生活管理指導表は、保育所の生活において特別な配慮や管理が必要となった子どもに限って、医師が作成するものです。

★保護者
電話：

★連絡医
医療機関
電話：

緊急連絡先

病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日	年	月	日
A. 食物アレルギー病型 1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 2. 即時型 3. その他（新生児・乳児消化管アレルギー・口腔アレルギー-症候群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他：）		A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 管理必要（管理内容については、病型・治療のC. 欄及び下記C. E欄を参照）		医師名			
B. アナフィラキシー病型 1. 食物（原因：） 2. その他（医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・ラテックスアレルギー・昆虫・動物のフケや毛）		B. アレルギーマン用調整粉乳 1. 不要 2. 必要（下記該当ミルクに○、又は（ ）内に記入 ミルフィーHP ・ ニューMA-1 ・ MA-mi ・ ペプディエット ・ エレメンタルフォーミュラ その他（ ）					
C. 原因食品・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 6. 大豆 《 》 7. ゴマ 《 》 8. ナッツ類* 《 》 9. 甲殻類* 《 》 10. 軟体類・貝類* 《 》 11. 魚卵* 《 》 12. 魚類* 《 》 13. 肉類* 《 》 14. 果物類* 《 》 15. その他 《 》 「*は（ ）の中の該当する項目に○をするか具体的に記載すること」		C. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの 病型・治療のC. 欄で除去の際に、より厳しい除去が必要となるものに○をつける ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。 1. 鶏卵： 卵殻カルシウム 2. 牛乳・乳製品： 乳糖 3. 小麦： 醤油・酢・麦茶 6. 大豆： 大豆油・醤油・味噌 7. ゴマ： ゴマ油 12. 魚類： かつおだし・いりこだし 13. 肉類： エキス		E. 特記事項 （その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定）			
D. 緊急時に備えた処方箋 1. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬） 2. アドレナリン自己注射薬「エピペン®」 3. その他（ ）		D. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 原因食材を教材とする活動の制限（ ） 3. 調理活動時の制限（ ） 4. その他（ ）					
病型・治療		保育所での生活上の留意点		記載日	年	月	日
A. 症状のコントロール状態 1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良		A. 寝具に関して 1. 管理不要 2. 防ダニシーツ等の使用 3. その他の管理が必要（ ）		C. 外遊び、運動に対する配慮 1. 管理不要 2. 管理必要（管理内容：）			
B. 長期管理薬 （短期追加治療薬を含む） 1. ステロイド吸入薬 剤形： 投与量（日）： 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. DSCG吸入薬 4. ベータ刺激薬（内服・貼付薬） 5. その他（ ）		B. 動物との接触 1. 管理不要 2. 動物への反応が強いため不可動物名（ ） 3. 飼育活動等の制限（ ）		D. 特記事項 （その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定）			
気管支ぜん息		（あり・なし）		記載日	年	月	日

● 保育所における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を保育所の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。

同意する
同意しない

保護者氏名