

## 除去食申請に対する主治医意見書

年 月 日

児童名 男・女 平成 年 月 日生

医療機関名

名前

印

問1 先生はこの児童に除去食を行う必要があるとお考えですか。

- (1) はい (2) いいえ

以下は〔問1.〕で“はい”の先生のみお答えください。

問2 この児童が過去当該食品を摂取した場合に起こした症状はどれですか。

- (1) 軽症の即時型アレルギー (じん麻疹など)  
( )  
(2) 重症の即時型アレルギー (アナフィラキシー・アナフィラキシーショック等)  
( )  
(3) 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎  
( )  
(4) その他 ( )  
(5) 未摂取であり過去に上記症状を起こしたことはない

問3 食物アレルギーの原因と考える食品は何ですか。

- (1) 卵 (2) 牛乳 (3) 大豆 (4) 米 (5) 小麦  
(6) 肉類 ( ) (7) 魚類 ( )  
(8) その他 ( )

問4 除去食が必要である証拠をすべてあげてください。

- (1) 食物摂取による明らかな症状の既往  
(2) 食物負荷試験陽性  
(3) IgE 抗体等検査陽性  
(4) その他  
( )  
(5) 未摂取

問5 保育園に於いてどの程度除去すればよいとお考えですか。

- (1) [問3] の食品及びその加工についても厳格に除去する必要あり。
- (2) [問3] の食品は厳格に除去するが、その加工品は食べてよい。
- (3) 余り厳格でなくすこしは食べてもよい。
- (4) その他  
( )

問6 厳格に除去する場合 [問5. (1)] その代替食品をお書きください。

[ ]

問7 食品制限の期間はどれ位をお考えですか。

- (1) 6カ月以内
- (2) 1年以内
- (3) 2年以内
- (4) 3年以内
- (5) 3年以上
- (6) 不定期で症状が出た時だけ
- (7) その他

問8 先生への受診及び検査の頻度はどれくらいの予定ですか。

- | (1) 受診   | (2) 検査   |
|----------|----------|
| イ 月1回以上  | イ 月1回    |
| ロ 3か月に1回 | ロ 3か月に1回 |
| ハ 6か月に1回 | ハ 6か月に1回 |
| ニ 1年に1回  | ニ 1年に1回  |
| ホ その他    | ホ その他    |

問9 その他この児童に対し食物アレルギーについて必要な注意及びご意見等ございましたらお書きください。(例えば 調理方法についても)