

# 食物アレルギー児における食品除去のための診断書

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

診断名：#1 食物アレルギー

#2 \_\_\_\_\_

#3 \_\_\_\_\_

食物アレルギーによる症状出現の予防のため、以下の食物の除去が必要である。

これまでに経験した症状と食品除去の必要性の根拠を以下に示す。

食物名 食物摂取により経験した症状 (該当する症状に○、下記より選択) 食品除去の根拠\*  
(重複回答)

鶏卵 : 即時型反応\*\* ( )、その他 ( ) ( )

牛乳\*\*\* : 即時型反応\*\* ( )、その他 ( ) ( )

小麦 : 即時型反応\*\* ( )、その他 ( ) ( )

大豆 : 即時型反応\*\* ( )、その他 ( ) ( )

[ ] : 即時型反応\*\* ( )、その他 ( ) ( )

[ ] : 即時型反応\*\* ( )、その他 ( ) ( )

[ ] : 即時型反応\*\* ( )、その他 ( ) ( )

\* 食品除去の根拠：①既往歴 ②負荷試験陽性 ③特異的 IgE 抗体陽性 ④未摂取

\*\* 即時型反応発現部位 (重複回答)：a.皮膚・粘膜 (限局性)、b.皮膚・粘膜 (広範囲)、  
c.呼吸器、d.消化器、e.アナフィラキシーショック

\*\*\* 牛乳アレルギー除去調製粉乳：必要 ミルク名 ( )・不要

## 症状出現時の対処法

発心が出て 15 分程度で消失した場合はそのまま観察。

急速に全身に広がったり、ぜいぜい言うなどの呼吸器症状が出現した場合には  
医療機関受診のこと。

本診断書の内容については来年 ( ) 月に再評価が必要です。

園における食品除去は完全除去を原則とするが、ここに対応が可能な場合や摂取可能食品が増えた場合には指示書に記載します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 医療機関名

住所

電話番号

医師名

## 保育園処理欄

園長	主幹教諭	担任	管理栄養士	看護師

# アレルギー児における製造ラインの食事について

園児名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ ) を使用した製造ラインが同じところの、

食べ物の摂取 \_\_\_\_\_ 可能

\_\_\_\_\_ 不可

上記のことを約束し、保育園での食事摂取を実施いたします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ルンビニこども園

園長	主幹教諭	担任	管理栄養士	看護師

# 同意書

園児名

生年月日                      年              月              日

保育園での食事（おやつを含む）について、下記のことを約束します。

## 記

1. 医師の診断に基づき、保育園配布の献立表の内容・食材に目を通し、飲食の可・不可について事前に提示します。
2. 初めての食材については、家庭で食べさせた上で可・不可を確認し、保育園に伝えます。
3. 「可」とした食材（献立）により園児に異常がみられた場合については、保育園に対し一切責任を問いません。

令和              年              月              日

ルンビニこども園 園長様

住所

保護者名

印

園長	主幹教諭	担任	管理栄養士	看護師

園児名 \_\_\_\_\_ (男・女)

### 食物アレルギー食事指示書（変更届）

受診日	摂取可能食品 変化の有無	変化の内容（摂取可能な食品が増えた 場合には量も記入）	次回受診予定日 主治医のサイン
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____
月 日	・変化なし ・変化あり		月 日 サイン _____

受診するときには毎回持参して主治医に記入していただいでください。  
 摂取可能な食品が増えた場合には診断時の指示表に赤で追加してください。

園児名

(男・女)

## 卵アレルギー児の摂取可能食品

	卵を使用する料理の種類	全部摂取可能であれば○*	(一部の食品が摂取可能な場合の具体例) 他の食材も考慮して摂取可能であれば○
卵料理	卵料理 (調理条件、特に加熱の仕方により抗原性が異なるので注意)		スクランブルエッグ、オムレツ、卵とじ 卵スープ、錦糸卵、茶碗蒸し ( )
	12分以上の固ゆで卵		卵黄のみ 卵白も可
卵を少量用いる料理	つなぎに卵を用いるもの		ハンバーグステーキ、肉団子 ( )
	衣に卵を用いるもの		てんぷら、フライ、フリッター、ピカタ ( )
加工食品	加工食品の原材料		ハム、ベーコン、ソーセージ、練り製品 ( )
生卵白の混じるもの	生卵黄を主成分とするもの		マヨネーズ
卵を含む菓子等	生卵または加熱不十分な卵を原材料とする菓子		ムース、アイスクリーム、パバロア カスタードクリーム、フレンチトースト ( )
	卵入り菓子 (材料、調理条件により抗原の強さが大きく異なるので注意)		プリン、ホットケーキ、パウムクーヘン カステラ、ケーキ類、ドーナツ、卵ボーロ ( )
	卵入り焼き菓子		ビスケット、クッキー ( )
	パンの生地に卵を用いたもの		テーブルロール ( )
その他	灰汁取りに卵白を用いるもの		コンソメスープ(缶詰) ( )
	卵入り麺		パスタ、中華麺( )
	うずら卵 (水煮、茹でたもの)		うずら卵水煮、うずらゆで卵 ( )
	魚卵		タラコ、子持ちシシャモ、その他の魚卵

園で使用しないものは二重線で削除、指示が必要な食品は( )内に記載してください。

\*右欄の食品をすべて摂取可能であれば○

園児名 \_\_\_\_\_

(男・女)

## 牛乳アレルギー児の摂取可能食品

	通常量摂取可能な食品に○	摂取可能量に関するコメント
牛乳・乳製品	牛乳*、乳児用調製粉乳*、脱脂粉乳*	
	ヨーグルト、チーズ、生クリーム、練乳 ( )	
	バター	
牛乳・乳製品 を含む料理、 菓子	ホワイトソース、クリームシチュー、カレー パバロア、プリン、アイスクリーム、ムース ( )	
	ケーキ類、クッキー類、卵ポーロ、パン ( )	
牛乳・乳製品 を含む加工食 品	ソーセージ、ハム、ベーコン マーガリン、〔乳成分入り〕調整豆乳 ( )	
	乳糖を含むインスタント調味料	

\*牛乳アレルギー除去調製粉乳（アレルギー用ミルク）による代替  
必要（商品名 \_\_\_\_\_）、不必要

## 小麦アレルギー児の摂取可能食品

	通常量摂取可能な食品に○	摂取可能量に関するコメント
小麦の主食	うどん、ソーメン、パスタ、中華麺、パン ( )	
小麦を主原料 としたもの	餃子・シュウマイの皮、マカロニ ケーキ類、クッキー類 ( )	
調理に用いる 小麦	天ぷら、フライ、ムニエルなどの衣 ( )	
小麦を含む加 工食品	ルー、練り製品などのつなぎ ( )	
	醤油	

## 大豆アレルギー児の摂取可能食品

	通常量摂取可能食品に○	摂取可能量に関するコメント
大豆	大豆、枝豆 ( )	
大豆製品	豆乳、湯葉、きな粉、おから、豆腐、油揚げ 納豆 ( )	
	味噌、醤油	

園で使用しないものは二重線で削除し、指示が必要な食品は（ ）内に記載して下さい。