

除去食診断書 【 新規・継続・変更 】

ソラスト []

西暦 年 月 日

医療機関名

主治医名

印

☆当園では完全除去を基本とした除去食を行っています。

☆除去について下記の欄に○を記入してください。

(アレルギーを持つ原因食品の除去の欄に○を付けて下さい)

該当するものに○印をお願いします

児童氏名	男・女	生年月日	年	月	日
診断名					
原因食品					
診断方法	問診 視診 食事日誌 食物除去及び負荷テスト 皮膚反応テスト 血液検査 その他 ()				
薬について	内服薬	有 ・ 無	薬品名	()	
	外用薬	有 ・ 無	薬品名	()	
症状について	原因食品を食べた時の症状 ①皮膚粘膜症状 (発疹・発赤・かゆみ・むくみ・蕁麻疹・その他) ②消化器症状 (嘔吐・下痢・腹痛・その他) ③呼吸器症状 (くしゃみ・咳・声がれ・喘息発作・その他) ④重篤な症状 (アナフィラキシーショック・その他)				
除去食	除去食の必要 (ある ・ ない)				
その他	日常生活での注意点や誤食時の対応などについて				

原因食品	○で囲む	除去する食品例
卵	除去	
	除去・摂取可	卵殻カルシウム
乳	除去	
	除去・摂取可	乳糖
小麦	除去	
	除去・摂取可	調味料(しょうゆ・穀物酢)
大豆	除去	
	除去・摂取可	調味料(しょうゆ・味噌)・大豆油
ごま	除去	
	除去・摂取可	ごま油
その他	除去	魚類()
	除去	煮干だし・かつおだし
	除去	しらす干し
	除去	桜えび
	除去	肉類()
	除去	野菜類()
	除去	果物類()
	除去	麦茶・押麦 その他()

※ 本診断書の内容について1年後に再評価が必要

※その他・カッコ内は出来るだけ詳しくご指示いただきますようお願い致します。