除去食申請に対する主治医意見書

年　　月　　日

ふりがな
園児名　　男　・　女
生年月日　　年　　月　　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主治医名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

問１．先生はこの園児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　と答えた先生のみお答えください。

問２．この園児が当該食品を摂取した場合に起こると考えられる症状はどれですか。
（１）皮膚症状（アトピー性皮膚炎、蕁麻疹など）具体的にお書きください。
（　　）
（２）消化器症状（嘔吐・下痢など）（　　）
（３）喘息発作やショック症状をおこし生命の危険もあり得る。
（　　）
（４）その他（　　）

問３．食物アレルギーを考えられる食品は何ですか。
（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．食物アレルギーと診断された方法はどれですか。
（１）問診・視診
（２）食餌日誌
（３）食品除去及び負荷テスト
（４）皮膚反応テスト・・・・・結果をお書きください。
（　　）
（５）血液検査（ＩｇＥ・ＲＡＳＴ等）
（　　）
（６）その他、具体的にお書きください。
（　　）

問５．幼稚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品についても厳格に除去(*)する必要あり。

(*)厳格に除去とは、原材料の特定や製造ラインまで確認する必要がある場合

（２）〔問３〕の食品は厳格に除去するが、その加工品は食べてもよい。

（３）余り厳格でなく少しは食べてもよい。

（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くらいをお考えですか。

（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ときだけ

（７）その他

問８．先生の所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

（１）月１回以上

（２）３カ月に１回

（３）６カ月に１回

（４）１年に１回

（５）その他

【２】検査

イ．月１回

ロ．３カ月に１回

ハ．６カ月に１回

ニ．１年に１回

ホ．その他

問９．その他この園児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、調理方法などについても）

（　　）