

食物アレルギー 紹介用テンプレート（医師）

施設名 _____

医師名 _____

_____様

生年月日： _____年 _____月 _____日 （ _____歳 _____月）

【紹介目的】 あてはまるものに○をしてください。

1. 除去が必要な食物を決める
2. 除去している食物を解除できるかを評価する
3. 除去している食物の安全摂取量を評価する
4. 経口免疫療法を希望している
5. その他（ _____ ）

【除去している食物】

あてはまるものに、すべて○をしてください。

アナフィラキシーの原因食物（疑いも含む）には、◎をつけてください。

鶏卵	牛乳	小麦	落花生	そば
えび	かに	いくら	くるみ	カシューナッツ
大豆	ごま	魚肉	果物・野菜	不明

その他（ _____ ）

以下、あてはまるものに○をしてください。

【添付資料】 検査結果 その他の資料

【園や学校での食事】 普通食 除去食（除去項目： _____ ）

【緊急時薬】 抗アレルギー薬 ステロイド薬 エピペン その他（ _____ ）

追加記載欄

--