

除去食申請に対する主治医意見書

平成 年 月 日

ふりがな

児童名

男 ・ 女

年 月

日生

医療機関名 _____

主治医名 _____

印

問 1. 先生はこの児童に除去食を行な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下さい。

問 2. この児童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) 具体的にお書き下さい。

()

- (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. 食物アレルギーと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 (I g E ・ RAST 等)

()

- (6) その他、具体的にお書きください。

()

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品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もよい。
- (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下さい。

()

問7. 食品制限の期間はどれ位をお考えですか。

- (1) 6ヶ月以内
- (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位の予定ですか。

[1]受診

[2]検査

- | | |
|------------|-----------|
| (1) 月1回以上 | イ. 月1回 |
| (2) 3ヶ月に1回 | ロ. 3ヶ月に1回 |
| (3) 6ヶ月に1回 | ハ. 6ヶ月に1回 |
| (4) 1年に1回 | ニ. 1年に1回 |
| (5) 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下さい。(例えば、調理方法などについても)

()