

アトピー性皮膚炎・食物アレルギー児における除去食

確認月日	年	月	日	(歳	ヵ月)					
保護者 () 記入者 () 担任		給食	所(園)長		
ふりがな				性別						
児 童 名				男 ・ 女	生年月日	. .		クラス名		
①診断名 〈診断書 有・無〉	診 断 名 ()									
	医療機関名 ()									
	主治医師名 ()									
	診断日： 年 月 日					発症		歳 ヵ月頃		
	診断経緯									
②症状	吐き気・嘔吐・下痢・腹痛・アトピー性皮膚炎・発疹・喘息発作・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎									
	アナフィラキシーショックの既往歴 無・有 緊急時の対応 ()									
③薬の使用	内服薬：無・有 (薬品名)									
	外用薬：無・有 (薬品名)									
④原因食品	食品名									
⑤食事内容	原因食品 () 及びその加工品について厳格に除去									
	原因食品 () は完全除去、加工品は食べてもよい									
	原因食品 () 少しは食べてもよい、1日 g まで									
	その他 ()									
⑥食物アレルギー用 代替食品の使用	無・有									
⑦食物制限期間	今後6ヵ月位・1年位・2年位・その他 ()									
⑧医療機関への受診	1ヵ月後・3ヵ月後・その他 ()									
⑨備考										