

# 食 物 除 去 の 指 示 書

様式1

 保育園名
 

---

 名前
 

---

(男・女)

 生年月日      年      月      日生 (才)
 

---

1 以下の食品の除去が必要です。

〔 除去が必要な食品の番号に○、および料理区分に○、除去が必要な料理等があれば料理例に○を記入、  
〔4 その他〕は除去が必要な食品に○、および具体的な食品を記入してください。 〕

食品	料理区分	料 理 例
1      鶏卵	非加熱	マヨネーズ・アイスクリーム・カスタードクリーム
	加熱	ゆで卵・卵とじ・いり卵・卵スープ
	つなぎ程度の量	パン・練り製品・天ぷらフライの衣・菓子類・ケーキ・カステラ
	卵殻カルシウム	
2      牛乳・ 乳製品	飲用牛乳	牛乳・調整粉乳
	飲用牛乳以外	パン・ヨーグルト・バター・チーズ・ホワイトルウ・生クリーム・菓子類
	乳糖	
3      小麦	小麦が主原料	パン・パスタ・麺・麩・菓子類・練り製品・ルウ
	小麦を使用した調味料	しょうゆ・みそ・酢
4      その他	大豆・ナッツ類 甲殻類・魚類 果物・ごま・他	具体的な食品

備考 保育園での対応について総合的なご指示をご記載ください。

## 2 給食対応が困難による弁当持参の必要性(該当する場合に○)

- ・ あり

## 3 除去根拠(該当する項目に○)

- ・ 明らかな症状の既往
- ・ 食物負荷試験陽性
- ・ IgE抗体等検査結果陽性
- ・ 未摂取

## 4 アナフィラキシー症状の既往(該当する項目に○)

- ・ あり
- ・ なし

「あり」の場合:原因食物

発生年月

年

月

日

---

## 5 緊急時に備えた処方薬(該当する項目に○)

- ・ 内服薬 (薬名 )
- ・ 自己注射( エピペン<sup>R</sup> 0.3mg ・ 0.15mg )
- ・ その他( )

## 6 本指示書の内容に関して、6か月 ・ 12か月後 に再評価が必要です。(どちらかに○)

上記のとおり指示します。

年 月 日

医療機関名

医師名

印