

# 食物アレルギー意見書

裏面に記入例

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 ( ) 才

## 1 食物アレルギーについて

アレルギー	起きたことのある症状 ※複数チェック可	特記事項
	<input type="checkbox"/> 発赤、蕁麻疹、湿疹など皮膚症状	
	<input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状	
	<input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状	
	<input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状	
	<input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	
	<input type="checkbox"/> その他( )	
	<input type="checkbox"/> 発赤、蕁麻疹、湿疹など皮膚症状	
	<input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状	
	<input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状	
	<input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状	
	<input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	
	<input type="checkbox"/> その他( )	
	<input type="checkbox"/> 発赤、蕁麻疹、湿疹など皮膚症状	
	<input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状	
	<input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状	
	<input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状	
	<input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	
	<input type="checkbox"/> その他( )	
	<input type="checkbox"/> 発赤、蕁麻疹、湿疹など皮膚症状	
	<input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状	
	<input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状	
	<input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状	
	<input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	
	<input type="checkbox"/> その他( )	

## 2 緊急時に備えた処方薬

{ \_\_\_\_\_ }

3 次回、意見書記入の予定 ( 3 ・ 6 ・ 12 ) カ月後

## 4 生活上の配慮や主治医からの注意事項

{ \_\_\_\_\_ }

年 月 日

医療機関  
住 所  
電話番号  
医 師 名

# 食物アレルギー意見書

記入例

氏名 倉敷 太郎

男・女

平成 26 年 12 月 1 日生 ( 3 ) 才

## 1 食物アレルギーについて

アレルゲン	起きたことのある症状 ※複数チェック可	特記事項
卵	<input checked="" type="checkbox"/> 発赤、蕁麻疹、湿疹など皮膚症状	全身に症状が強く出たことがある。
	<input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状	内服薬（アレグラ）を飲んで、症状が
	<input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状	おさまった。
	<input checked="" type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状	エピペンを使用した。
	<input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	生卵を食べたことがない。
	<input type="checkbox"/> その他( )	
キウイ	<input checked="" type="checkbox"/> 発赤、蕁麻疹、湿疹など皮膚症状	すぐに救急車要請をする。
	<input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状	
	<input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状	
	<input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状	
	<input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	
	<input checked="" type="checkbox"/> その他( 喉のイガイガ )	内服薬（アレグラ）を飲んだ。
小麦	<input type="checkbox"/> 発赤、蕁麻疹、湿疹など皮膚症状	} 摂取後、1時間で息苦しさなどの } 症状が出た。
	<input checked="" type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状	
	<input checked="" type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状	
	<input checked="" type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状	エピペンを使用した。
	<input checked="" type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	
	<input type="checkbox"/> その他( )	
	<input type="checkbox"/> 発赤、蕁麻疹、湿疹など皮膚症状	
	<input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状	
	<input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状	
	<input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状	
	<input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	
	<input type="checkbox"/> その他( )	
	<input type="checkbox"/> 発赤、蕁麻疹、湿疹など皮膚症状	
	<input type="checkbox"/> 咳、喘鳴など呼吸器症状	
	<input type="checkbox"/> 腹痛、嘔吐など消化器症状	
	<input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック症状	
	<input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	
	<input type="checkbox"/> その他( )	

## 2 緊急時に備えた処方薬

内服薬（プレドニン、アレグラ）、 エピペン **必ずどこかに○をお願いします。**

3 次回、意見書記入の予定 ( 3 ・ 6 ) カ月後

## 4 生活上の配慮や主治医からの注意事項

経口負荷試験の結果、○月から卵の除去を中止する。

年 月 日

医療機関  
住 所  
電話番号  
医 師 名

**給食対応を中止する場合は、こちらに記入をお願いします。**