

# 除去食申請に対する主治医意見書

(発行日) 年 月 日

日野保育園園長

医療機関名

主治医名

印

園児の除去食について、次のとおり連絡します。

園児氏名	性別	男・女
園児生年月日	年	月 日生
I 診断名		
II 除去食物 (II以降該当する項目を○で囲んでください)		
1. 卵 (卵黄 卵白) 2. 牛乳 3. 小麦 4. 大豆 5. 米		
6. 魚 ( ) 7. ごま 8. ピーナッツ 9. そば 10. 果物 ( )		
11. その他 ( )		
III 摂取後に症状が起こるまでの時間		
1. 30分以内 2. それ以上		
IV 摂取後に起こる可能性のある症状		
1. アナフィラキシー:		
2. 皮膚症状: 蕁麻疹 湿疹 その他 ( )		
3. 消化器症状: 嘔吐 下痢 その他 ( )		
4. 呼吸器症状: 咳 喘鳴 その他 ( )		
5. その他の症状:		
V 除去の程度		
1. 該当する食物及び加工品についても完全に除去する		
2. 該当する食物は除去するが、加工品は食べても良い		
3. あまり厳格でなく、少し食べても良い		
4. 家庭からの除去食弁当を持参する		
5. その他 (必要があれば詳細にご記入ください)		
VI 除去期間の見通し		
1. 6ヶ月以内 2. 1年以内 3. 1年以上		
VII 薬のことに関する事項		
VIII 備考		