

指 示 書

みんなの里 ぽこぽこほいくえん	児童名	生年月日 年 月 日 (才)
<p>1、病歴</p> <p>①食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎</p> <p>②即時型（じんましん・アナフィラキシー・アナフィラキシーショック・その他： ）</p> <p>③その他 [新生児消化器症状・口腔アレルギー症候群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー] その他：</p>		
<p>2、除去又は制限が必要な食品 卵 ・ 牛乳 ・ 大豆 ・ 小麦 ・ 米 その他（ ）</p>		
<p>3、除去根拠・検査結果</p> <p>除去根拠①～③を《 》内に、③の場合は結果を（ ）内に記載 （①明らかな症状の既往 ②食物負荷試験擬陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性）</p> <p>IgE（ ） 牛乳《 》（ ） 小麦《 》（ ） 卵《 》（ ） 大豆《 》（ ） 米《 》（ ） ダニ《 》（ ） ハウスダスト《 》（ ） その他（ ）</p>		
<p>4、投薬</p> <p>①内服薬（あり ・ なし）</p> <p>②緊急時に備えた処方薬（あり ・ なし）</p> <p>1、内服薬（ ） → 緊急時薬使用に関する医師の指示書（別紙）の記入をお願いします</p> <p>2、アドレナリン自己注射薬（エピペン®0.15mg） → エピペン®注射実施に関する主治医指示書（別紙）の記入をお願いします</p> <p>③外用薬（あり ・ なし）</p>		
<p>5、指導</p> <p>①食物・食材を扱う活動（管理不要 ・ 保護者と相談して決定）</p> <p>②その他（ ）</p>		
<p>6、特記事項（指定のアレルギー用ミルク等）</p>		
<p>令和 年 月 日 病 院 名 _____</p> <p>担当医師名 _____ (印)</p>		