

食物アレルギー除去食等に関する診断書（主治医意見書）

児童・生徒名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
--------	--	----	-----	------	-------

診断名：

本児童・生徒は診察・検査の結果、以下の食物についてはアレルギーを有しますので、食事からの除去が必要と考えられます。

1. 除去が必要な食物及び診断根拠

※該当する食品の番号に○をし、【 】内に右記の診断根拠にも○をし、()内に具体的な食品名を記載してください。

〔診断根拠〕 該当するもの全てを【 】内に○で囲む

A：明らかな症状の既往 B：食物負荷試験陽性

C：IgE抗体等検査結果陽性

1. 鶏卵 【A・B・C】 ()
2. 牛乳・乳製品 【A・B・C】 ()
3. 小麦 【A・B・C】 ()
4. ソバ 【A・B・C】 ()
5. ピーナッツ 【A・B・C】 ()
6. 種実類・木の実類 【A・B・C】 ()
7. 甲殻類 【A・B・C】 ()
8. 果実類 【A・B・C】 ()
9. 魚類 【A・B・C】 ()
10. 肉類 【A・B・C】 ()
11. その他1 【A・B・C】 ()
12. その他2 【A・B・C】 ()

2. 摂取した場合に出現する可能性の高い症状 ※該当する症状に☑を入れてください。

即時型反応：☐ ショック ☐ 咳き込み ☐ 呼吸困難 ☐ 嘔吐・腹痛 ☐ 顔面紅潮 ☐ かゆみ
☐ 蕁麻疹 ☐ その他の症状()

非即時型反応：☐ 湿疹 ☐ かゆみ ☐ 下痢 ☐ その他の症状()

3. アナフィラキシー病型 ※アナフィラキシーの既往がある場合のみ記載し、該当するものに○をしてください。

1. 食物 (原因)
2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー (原因)
3. 運動誘発アナフィラキシー
4. 昆虫
5. 医薬品
6. その他 ()

4. 摂取後に症状が出現した場合の対処法及び緊急の対応

1. 内服薬 ()
2. 外用薬 ()
3. エピネフリン自己注射 ()

5. 学校生活上、留意すべき事項

※該当するものに☑を入れてください。

- 1. 食物・食材を扱う授業・活動 : 配慮必要(保護者と相談し決定) 配慮不要
- 2. 運動(体育・部活動等) : 配慮必要(保護者と相談し決定) 配慮不要
- 3. 宿泊を伴う校外活動 : 食事やイベントの際に配慮が必要 配慮不要
- 4. その他の配慮・管理事項

6. 除去食指示表

※除去が必要なものには×を、利用が可能なものには○を記載してください。

抗原の強さ	卵アレルギーでの除去を要する食品	可否
最も強い	生卵	
強い	卵料理・半熟状態の卵料理・アイスクリーム・あわゆき・茶碗蒸し・オムレツ・ミルクセーキ・マヨネーズ・プリン・ゆで卵・卵焼き・炒り卵・タルタルソース・ウズラ卵 その他の卵そのものを使用した料理	
やや強い	卵を多く使った菓子類(洋菓子類を中心に)・練り製品・乳化タイプのドレッシング・ハム・ソーセージなどのつなぎとしての添加・料理のつなぎやフライ衣としての使用など・カスタードクリーム	
弱い	食パン・クッキー・天ぷら粉・麺類のつなぎ・固ゆで卵黄・卵を含む食品を揚げた油等	

※魚卵については反応しない場合も多い

抗原の強さ	牛乳アレルギーでの除去を要する食品	可否
最も強い	牛乳・脱脂粉乳ベースの飲み物(乳酸菌飲料)	
強い	アイスクリーム・ミルクセーキ・プリン・ヨーグルト・チーズ・生クリーム・コーヒー牛乳(脱脂粉乳ベースでないもの) 生クリームを使ったケーキ	
やや強い	牛乳料理(シチュー・グラタン・クリームスープなど) 牛乳を多く使用した菓子類・チョコレート・ハム・ソーセージ(つなぎにカゼインが使用されているものが多い)	
弱い	バター・食パン・焼き菓子(ビスケット・クッキー) 乳を含む食品を揚げた油等	

抗原の強さ	小麦アレルギーでの除去を要する食品	可否
強い	食パン・菓子パン・フランスパン等のパン類、うどん・そうめん・マカロニ・スパゲティ等の麺類 ピザ類、ケーキ・ビスケット・クッキー・カステラ・スナック菓子、カールウなどのルウ等	
弱い	調味料(醤油・みそ)	

本診断書の内容については、(3、6、12)ヶ月後に再評価が必要です。

年 月 日

医療機関名

電話番号

医師名



丹波市立_____学校長 様

学校給食における食物アレルギー除去食及び、学校生活における緊急時の対応に活用するため、本診断書に記載された内容を教職員全員及び関係機関において共有されることに同意します。

_____年 月 日

保護者署名 _____



名前 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳) _____ 学校 _____ 年 _____ 組 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

食物アレルギー除去食等に関する診断書（主治医意見書）

アナフィラキシー（あり・なし）／食物アレルギー（あり・なし）

病型・治療	学校生活上の留意点	★保護者
<p>A 食物アレルギー病型(食物アレルギーありの場合のみ記載)</p> <p>1. 即時型</p> <p>2. 口腔アレルギー症候群</p> <p>3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー</p> <p>B アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載)</p> <p>1. 食物 (原因) _____)</p> <p>2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー</p> <p>3. 運動誘発アナフィラキシー</p> <p>4. 昆虫</p> <p>5. 医薬品</p> <p>6. その他 (_____)</p> <p>C 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>2. 牛乳・乳製品 及び 9. 魚類 については、該当する□全てに☑をし、9. 魚類の特定の魚に☑した場合は、(_____) 内に該当する魚の種類を全て記載してください。</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>[除去根拠] 該当するもの全てを《 》内に記載してください。</p> <p>① 明らかな症状の既往</p> <p>② 食物経口負荷試験陽性</p> <p>③ IgE抗体等検査結果陽性</p> <p>④ 未摂取</p> </div> <p>_____) に具体的な食品名を記載</p> <p>6. 種実類・木の実類 《 _____ 》 (_____)</p> <p>7. 甲殻類 《 _____ 》 (_____)</p> <p>8. 軟体類 《 _____ 》 (_____)</p> <p>9. 魚類 《 _____ 》 (_____)</p> <p style="margin-left: 20px;">□魚全般 □特定の魚 (_____)</p> <p style="margin-left: 20px;">□魚加工品 (※練り製品、缶詰、かつお節)</p> <p>10. 果物類 《 _____ 》 (_____)</p> <p>11. 肉類 《 _____ 》 (_____)</p> <p>12. その他1 《 _____ 》 (_____)</p> <p>13. その他2 《 _____ 》 (_____)</p> <p>D 緊急時に備えた処方薬</p> <p>1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) (医薬品名: _____)</p> <p>2. アドレナリン自己注射薬 (「エピペン®」)</p> <p>3. その他 (_____)</p>	<p>A 給食</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>B 食物・食材を扱う授業・活動</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>C 運動(体育・部活動等)</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>D 宿泊を伴う校外活動</p> <p>1. 管理不要 2. 管理必要</p> <p>E 原因食物を除去する場合に、より厳しい除去が必要なもの</p> <p>該当食品に○をつけ、エキスについては、該当するエキスを記載してください。</p> <p>鶏卵: 卵殻カルシウム</p> <p>牛乳: 乳糖・乳清焼成カルシウム</p> <p>小麦: 醤油・酢・味噌</p> <p>大豆: 大豆油・醤油・味噌</p> <p>ゴマ: ごま油</p> <p>魚類: かつおだし・いりこだし・魚醤</p> <p>エキス: (_____)</p> <p>甲殻類・軟体類: アレルゲンが混入しているちりめんじゃこ等</p> <p>F その他の配慮・管理事項(自由記述)</p>	<p>★連絡医療機関</p> <p>医療機関名: _____</p> <p>電話: _____</p>
	<p>記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>	<p>医師名 _____ (印)</p>
	<p style="background-color: #ADD8E6; text-align: center;">病型・治療</p> <p>原因食物摂取時に出現する可能性が高い症状</p> <p>※該当する症状に☑を入れてください。</p> <p>即時型反応: □ショック □咳き込み □かゆみ</p> <p style="margin-left: 20px;">□呼吸困難 □嘔吐・腹痛</p> <p style="margin-left: 20px;">□顔面紅潮 □蕁麻疹</p> <p style="margin-left: 20px;">□その他の症状(_____)</p> <p>遅延型反応: □湿疹 □かゆみ □下痢</p> <p style="margin-left: 20px;">□その他の症状(_____)</p>	<p>医療機関名 _____</p>

緊急時連絡先

●学校給食における食物アレルギー対応及び学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等において共有されることに同意します。

保護者署名: _____ (印)

※この様式は、(財)日本学校保健会作成の学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)を準用して、丹波市教育委員会が作成したものです。