

食に関する意見書

※ 該当する項目に記入をお願いいたします

園 名 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)

1、病 名 _____

2、検査方法及び結果 検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・ I g E () I U / m I

・ R A S T 卵白 () 米 () ダニ ()

牛乳 () 小麦 () ハウスダスト ()

大豆 () 豚肉 () その他 ()

・ 白血球数【WBC】 () 個 / μ L 好酸球 () %

3、アレルギーと考えられるもの (○をつけてください)

卵 牛乳 大豆 米 小麦 その他 ()

4、投 薬 ①内服薬 (有 ・ 無) ②外用薬 (有 ・ 無)

5、指 導 (除去の程度等)

①除去食 (要 ・ 不要)

※要の場合は、別表に記入をお願い致します

②除去期間 おおよその今後 _____ 年 _____ ヶ月

③その他 生活上の配慮、注意事項等

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

担当医師名

印