指　示　書

みんなの ビィーゴほいくえん	児童名	生年月日 年　月　日（　才）

1、病歴

①食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎

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：　　）

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：）

2、除去又は制限が必要な食品　卵　・　牛乳　・　大豆　・　小麦　・　米
その他（　　）

3、除去根拠・検査結果

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）

IgE（　　）

牛乳《　　》（　　）　小麦《　　》（　　）　卵《　　》（　　）

大豆《　　》（　　）　米《　　》（　　）　ダニ《　　》（　　）

ハウスダスト《　　》（　　）　その他（　　）

4、投薬

①内服薬　（　あり　・　なし　）

②緊急時に備えた処方薬　（　あり　・　なし　）

1、内服薬（　　）

→　緊急時薬使用関する医師の指示書（別紙）の記入をお願いします

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

③外用薬　（　あり　・　なし　）

5、指導

①食物・食材を扱う活動（　管理不要　・　保護者と相談して決定　）

②その他（　　）

6、特記事項（指定のアレルギー用ミルク等）

平成　　年　　月　　日　　病　院　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞