

食物アレルギー検査結果

児童名

クラス

平成

年

月

日生

歳

< 食材除去指示表 >

除去するものにレ印をつけてください

	除去するもの
卵	<input type="checkbox"/> 卵を用いた料理 <input type="checkbox"/> 卵を用いた菓子 <input type="checkbox"/> つなぎ卵を用いた料理 <input type="checkbox"/> 魚の卵を用いた料理 <input type="checkbox"/> マヨネーズ <input type="checkbox"/> その他()
乳製品	<input type="checkbox"/> 牛乳・粉ミルク <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> 牛乳を用いた調味料 <input type="checkbox"/> 牛乳や脱脂粉乳用いた料理 <input type="checkbox"/> 牛乳や脱脂粉乳を用いた菓子・食品 <input type="checkbox"/> その他()
大豆類	<input type="checkbox"/> 大豆油 <input type="checkbox"/> 大豆製品 <input type="checkbox"/> 大豆加工品 <input type="checkbox"/> 豆類一般 <input type="checkbox"/> 大豆を用いた調味料 <input type="checkbox"/> その他()
小麦粉	<input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> 小麦加工品 <input type="checkbox"/> 小麦を用いた料理 <input type="checkbox"/> 小麦を用いた菓子 <input type="checkbox"/> 小麦を用いた調味料 <input type="checkbox"/> その他()
肉類	<input type="checkbox"/> 鶏肉 <input type="checkbox"/> 豚肉 <input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> 鶏肉を用いたエキス <input type="checkbox"/> 豚肉を用いたエキス <input type="checkbox"/> 牛肉を用いたエキス <input type="checkbox"/> その他()
魚介類	<input type="checkbox"/> さば <input type="checkbox"/> さけ <input type="checkbox"/> さわら <input type="checkbox"/> ぶり <input type="checkbox"/> いか <input type="checkbox"/> しらす <input type="checkbox"/> ししゃも <input type="checkbox"/> 魚介を用いたエキス <input type="checkbox"/> 白身魚 <input type="checkbox"/> かつお <input type="checkbox"/> 煮干 <input type="checkbox"/> その他()
甲殻類	<input type="checkbox"/> エビ食品 <input type="checkbox"/> カニ食品 <input type="checkbox"/> エビ・カニ食品 <input type="checkbox"/> エビエキス <input type="checkbox"/> カニエキス <input type="checkbox"/> その他()
ナッツ類	<input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> ピーナッツバター <input type="checkbox"/> チョコレート <input type="checkbox"/> アーモンド <input type="checkbox"/> ココナッツ <input type="checkbox"/> その他()
果物	<input type="checkbox"/> キウイ <input type="checkbox"/> バナナ <input type="checkbox"/> みかん <input type="checkbox"/> りんご <input type="checkbox"/> パイナップル <input type="checkbox"/> もも <input type="checkbox"/> メロン <input type="checkbox"/> その他()
穀類	<input type="checkbox"/> 米 <input type="checkbox"/> もち米 <input type="checkbox"/> 白玉粉 <input type="checkbox"/> 片栗粉 <input type="checkbox"/> そば粉 <input type="checkbox"/> その他()
いも類	<input type="checkbox"/> じゃが芋 <input type="checkbox"/> さつまいも <input type="checkbox"/> 里芋 <input type="checkbox"/> 長芋 <input type="checkbox"/> その他()
お茶類	<input type="checkbox"/> 緑茶 <input type="checkbox"/> ほうじ茶 <input type="checkbox"/> 麦茶 <input type="checkbox"/> 紅茶 <input type="checkbox"/> その他()
特記事項	

上記の通り診断します。

平成

年

月

日

担当医師

氏名

印

施設名称

住所

電話番号

担当医師様御机下 詳しい内容をさらにお聞きしたい場合は、直接ご連絡させていただく場合もございます。お願い申し上げます。