




食物アレルギー検査を受けられる患者様へ（入院診療計画書）

患者ID _____ 氏名 _____ 様

病名 _____ 食物アレルギー _____

年 月 日

入院病日・経過 (月 日)	1日目 入院当日	
目標	①アレルギー症状出現時は早期に伝えることができる。 ②苦痛が早期発見・対処され、安全・安楽に過ごすことができる。	
食 事	・年齢に応じた食事（アレルギー除去食）が提供されます。	
安静度	・安静度制限はありません。	
体温測定	・適宜体温を測っていただきます。 ・発熱時は適宜体温を測定いたします。	
処 置 検 査 治 療	・時間になりましたら、小児科外来で食物アレルギー負荷試験を行います。 ・誘発症状を認めれば必要な処置を行います。	
内服薬	・持参薬 (_____) ・中止薬 (_____)	
指導・説明	病状について、入院、退院後について説明いたします。	
備 考	特別な栄養管理の必要性 ④ ・ 無	

注) 病状に応じて予定が変更になる場合があります。

主治医 _____

主治医以外の担当者 _____

担当スタッフ _____

薬剤師 _____

栄養士 _____

旭川赤十字病院 4階きた 入院フロア