



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 @PATIENTID 氏名 @PATIENTNAME 様

病名 食物アレルギー

@SYSDAT2

入院病日・経過 (月日)	1日目 入院当日 月 日	
目的	①食物アレルギーの確定診断（原因アレルゲンの同定） ②安全摂取可能量の決定（少量～中等量） ③耐性獲得の確認（日常摂取量）	
食事	・年齢に応じた食事（アレルゲン除去食）が提供されます。 	
安静度	・安静度制限はありません。 	
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（	）
患者さま ご家族への 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 (有) ・ 無	
その他 看護計画	・看護計画に関しては、看護師よりご説明いたします。	

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

看護師 _____
薬剤師 _____
栄養士 _____

本人署名 _____

代理人署名 _____ (患者との続柄: _____)

* 患者の署名がある場合には家族などの署名は不要

旭川赤十字病院 4階きた 入院フロア