



### 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 \_\_\_\_\_

月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

入院病日・経過	1日目 入院当日	
(月日)	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（ _____ ）	
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 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 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 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

主治医署名 \_\_\_\_\_

※主治医の押印がある場合は不要

主治医以外の担当者

看護師 \_\_\_\_\_  
 薬剤師 \_\_\_\_\_  
 栄養士 \_\_\_\_\_

旭川赤十字病院 3階きた 入院フロア