

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	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 ・ (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

4階きた 入院フロア