

小児食物アレルギー診察予約依頼書

和泉市立総合医療センター 地域医療連携室 行 予約申込日: 年 月 日

ご紹介 医療機関名	()	ご紹介 医師名	先生
電話番号	()	FAX番号	()

フリガナ		生年月日	平
名前	男 女	年 月 日 (才)	
住所		電話番号	()

希望日	① 月 日 ② 月 日 (※ 都合が悪い日)
-----	--------------------------

診察申し込み	受診科 小児 科	希望医師名 () □希望医師なし
--------	----------	-------------------

病名	食物アレルギー
----	---------

紹介目的	<input type="checkbox"/> 食物経口負荷試験の実施 <input type="checkbox"/> 緊急時の対応手続き <input type="checkbox"/> エピペン処方 <input type="checkbox"/> 入園・入学前の除去食の相談 <input type="checkbox"/> その他()
------	---

■食物アレルギーの原因食材 (わかっている項目があれば全て☑してください) <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ()

■過去の強いアレルギー症状(≡アナフィラキシー)の既往 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 無い <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> ショック症状無し <input type="checkbox"/> ショック症状あり(疑いを含む)) ●直近のアナフィラキシーの発生状況 (わかる項目のみ記入してください) 原因食材: 発生日時 or 発症年齢 : 年 月 日 (歳 カ月)
--

●その他、患者様に関する留意事項などがございましたらご記入ください [
--

■ 受診後の対応の希望 <input type="checkbox"/> 経口負荷試験のみ当院で実施し、その後の管理は自院で実施したい。 <input type="checkbox"/> 紹介後の管理も含め全般的に当院に対応を依頼したい。 <input type="checkbox"/> 緊急時の対応・管理のみ当院に依頼したい。 <input type="checkbox"/> その他【 ※ いずれの場合も食物経口負荷試験の結果が判定でき次第報告させていただきます。
