

<各医療機関から食物経口負荷試験実施医療施設への依頼書>

以下の（１）～（４）の内容を下記依頼書に記入又は添付し（５）食物経口負荷試験に対する保護者の希望を確認の上ご希望の食物経口負荷試験実施医療施設に申し込んでください。

## 食物経口負荷試験依頼書（診療情報提供書）

紹介先医療機関名\_\_\_\_\_

平成 年 月 日

\_\_\_\_\_先生

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

㊟

患者氏名

性別 男・女

患者住所

電話番号

生年月日 H 年 月 日（ 歳）

診断名：食物アレルギー

（１）現在の除去の現状

（２）今までのエピソード。（アナフィラキシーの既往 有 / 無）

（３）検査データ（コピー同封 有 / 無）

（４）負荷希望食品（ ）

（５）保護者の希望を確認しています。診察及び食物経口負荷試験をお願いします。

食物経口負荷試験後は当院にてフォローします。

負荷試験後、食物アレルギーについては貴院でのフォローアップを希望します。