

食物経口負荷試験結果報告書  
(診療情報提供書)

医療機関名 \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日

担当医師名 \_\_\_\_\_ 先生

負荷試験実施施設所在地及び名称：

電話番号：

担当医師氏名： ④

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：食物アレルギー

食物経口負荷試験結果ご報告いたします。

平成 年 月 日食物経口負荷試験を実施しました。

負荷食品名： \_\_\_\_\_

総負荷量： \_\_\_\_\_

上記  負荷試験にて誘発症状は認めませんでした。 負荷試験にて下記症状が誘発されました。

(時間経過、誘発症状は以下の通りです)

以上ご報告申し上げます。

 今後食物アレルギーについては当院にてフォローアップさせていただきます。 今後のフォローアップをよろしくお願いします。 当院でのフォローアップのご依頼でしたが、今後貴院でフォローアップして頂き、必要時再度ご紹介をお願いします。