



患者 ID : @{Patient.ID}
 氏 名 : @{Patient.Name}
 生年月日 : @{Patient.BirthdayJC}
 性 別 : @{Patient.SexShortName}

千葉市立海浜病院小児科
 入院診療計画書
 食物負荷試験の基本的な流れ

現在考えられる病名
食物アレルギー・食物負荷試験

部屋番号 (@{Patient.RoomName})

食物負荷試験の目的

食物アレルギーの正確な診断のためには、病歴や血液検査、皮膚テストでは不十分であることが多く、現在の食物アレルギーの評価には実際に摂取してみて症状がでるかどうかが調べる食物負荷試験が必要です。この食物負荷試験により、

- ・現在どれくらい食べる事ができるのか
- ・症状が出現するのであればどのような症状が出現してくるのか

を確認することができます。

この食物負荷試験の結果により、日常生活の注意点が変わり、今後の治療方針が決まります。

<検査>

入院期間は 1泊2日 その他 ()

今回の食物負荷試験は (点滴あり / 点滴なし) で行います。

今回行う負荷試験内容は

- 鶏卵 (step1 (0.5g - 1g) / step2 (3g - 6g) / step3 (13g - 27g))
- 牛乳 (step1 (1ml - 4ml) / step2 (15ml - 35ml) / step3 (50ml - 150ml))
- 小麦 (step1 (1.5g - 3.5g) / step2 (15g - 35g) / step3 (50g - 150g))
- その他 ()

鶏卵/牛乳/小麦の食物負荷試験では負荷食品を2回にわけて1時間の間隔をあけて摂取します。その他の食物の場合、複数回にわけて、少量ずつ時間間隔をあけて摂取します。

途中で症状が出現した場合には、食物負荷試験：陽性と判断し、摂取を中止、適宜必要な治療（内服・吸入、必要におうじて筋注・点滴確保）を行います。

最終摂取後1時間症状が起これなければ、お食事をしても構いません。

症状の経過によっては夕方外泊が可能なこともあります

<出現しうる症状>

1. 皮膚症状：発赤、かゆみ、蕁麻疹など
2. 呼吸器症状：咳や鼻水、喘鳴、呼吸困難
3. 消化器症状：嘔気、嘔吐、腹痛、下痢
4. アナフィラキシー：上記症状が複数出現、活動性の低下、意識レベルの低下や血圧の低下（アナフィラキシーショック）

摂取直後から数時間までを即時型反応、それ以後を遅延・遅発型反応といいます。この両方についての観察を行います。

経 過	1 日 目	(複数回の 負荷試験の場合)	負荷試験終了翌日
主な日程	入 院		退 院
検 査	①食物負荷試験 ② 必要に応じて 血液検査	①食物負荷試験 ② 必要に応じて 血液検査	
治 療	必要に応じて 内服 吸入・酸素投与 ボスミン筋注 点滴確保	必要に応じて 内服 吸入・酸素投与 ボスミン筋注 点滴確保	
安静度	室内安静		
食 事	負荷試験終了1時間後 より摂取	負荷試験終了1時間後 より摂取	
排 泄	オムツ もしくはトイレ歩行		
清 拭	シャワー浴		
看護計画	<p>1. 入院生活が安全に支障なく送れるよう説明を行い、治療や病状、ご家族の心配事などについても対応していきたいと思っておりますので遠慮せずにお話ください。</p> <p>2. 観察を密かにして状態の把握をし、症状にあわせて苦痛の緩和に努めます</p> <p>3. ご家族での様子をお聞きしながら、お子様の成長にあわせて日常生活の援助、点滴の管理、診察の介助をいたします。</p> <p>4. 感染防止のため他室訪問はしないでください。また病室外でのお母様同士の接触（雑談）は避けるようにお願いします。</p> <p>5. 面会は、ご両親のみとさせていただきます。 面会時間は、平日 15:00～20:00、休日 13:00～20:00 となっております。</p> <p>6. 病状により病室の移動をさせていただきますのでご了承ください。</p>		
ご家族への説明	入院時説明 治療計画	適宜実施します。	退院前の説明
特別な栄養管理 の必要性	<input checked="" type="radio"/> 有 無 (どちらかに○印)		

入院期間は上記予定となっておりますが、本人の症状出現の有無で適宜変わる事があります。

その際は主治医より説明いたします。お子様を始め多くの患者様が様々な疾患の検査・治療を目的に入院してまいります。疾患の種類・重症度や感染性の有無などを考慮し、お部屋移動をお願いにあがる場合があります。病室への出入りは原則としてご両親に限らせていただきます。

説明した医師は@{User.Name}です。

主治医 @{User.Name} 印 説明した看護師 _____

以上について担当医より説明を受け、「診療計画」がよく理解できましたので、現時点での質問はありません。

平成 年 月 日 患者・家族（署名）氏名 _____