OIT Journal

経口免疫療法（OIT）

摂取日誌

お子さまの名前

年・月

アレルゲン

クリニックの計画・段階

日	時刻	摂取量（クリニックの記載どおり）	担当	観察 ✓	症状		メモ
					なし	気づいたこと	
1				☐	☐		
2				☐	☐		
3				☐	☐		
4				☐	☐		
5				☐	☐		
6				☐	☐		
7				☐	☐		
8				☐	☐		
9				☐	☐		
10				☐	☐		
11				☐	☐		
12				☐	☐		
13				☐	☐		
14				☐	☐		
15				☐	☐		
16				☐	☐		
17				☐	☐		
18				☐	☐		
19				☐	☐		
20				☐	☐		
21				☐	☐		
22				☐	☐		
23				☐	☐		
24				☐	☐		
25				☐	☐		
26				☐	☐		
27				☐	☐		
28				☐	☐		
29				☐	☐		
30				☐	☐		
31				☐	☐		

摂取量: クリニックの計画に書かれているとおりに写します。　**担当**: 摂取を担当した人のイニシャルを書きます。　**観察 ✓**: クリニックから指示された観察時間が終わったら、チェックします。　**症状**:「なし」にチェックするか、気づいたことと始まった時刻を、ふだんの言葉で書きます。　**メモ**: その日いつもと違ったこと（体調不良、発熱、睡眠不足、摂取の遅れやお休みなど）を書きます。

OIT Journalは記録のためのアプリで、医療機器ではありません。必ずアレルギー専門医の計画に従ってください。 **緊急時は.** お子さまにアナフィラキシーが疑われるときは、アクションプランに従い、アレルギー専門医の処方どおりにアドレナリン自己注射薬を使って、119番に通報してください。

oitjournal.com

次の診察で聞きたいこと

1ページ目が1か月分です。月が変わるたびに、もう一度印刷してください。診察のたびに、この日誌をお持ちください。
スマートフォンで記録したいときは、ふたりの保護者で共有できる無料アプリ、OIT Journalをお使いください: **oitjournal.com**

お子さまの名前

次の診察日

聞きたいこと

クリニックの説明 帰る前に書き留めましょう。

OIT Journalは記録のためのアプリで、医療機器ではありません。必ずアレルギー専門医の計画に従ってください。 **緊急時は.** お子さまにアナフィラキシーが疑われるときは、アクションプランに従い、アレルギー専門医の処方どおりにアドレナリン自己注射薬を使って、119番に通報してください。