

【利用期間ごと】
年 月 日

除去食依頼書

入室児名 _____ (男 ・ 女) 年齢 _____ 才 _____ 力月 _____

保護者氏名 _____

除去食を指示された医療機関名： 医療機関の電話番号： 担当医：

食品除去（アレルギー）の有無についてお答えください。

卵白の除去（要 ・ 不要） 卵黄の除去（要 ・ 不要）	<input type="checkbox"/> 生卵 <input type="checkbox"/> 卵を用いた料理 <input type="checkbox"/> つなぎに卵を用いた食品（マヨネーズ・パン） <input type="checkbox"/> 鶏肉 <input type="checkbox"/> その他家庭で省いている食品（ちくわ・かまぼこ）
牛乳の除去（要 ・ 不要）	<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> 牛乳や、脱脂粉乳を用いた料理・菓子・食品
小麦の除去（要 ・ 不要）	<input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> うどん <input type="checkbox"/> 小麦を用いた菓子・食品（しょうゆ・麦みそ）
大豆の除去（要 ・ 不要）	<input type="checkbox"/> 大豆油 <input type="checkbox"/> 大豆油を使用した食品 <input type="checkbox"/> 大豆製品 <input type="checkbox"/> 大豆加工品 <input type="checkbox"/> 豆類一般
その他の食品で除去するもの	

《食物アレルギーについて》

	原因食材	症状
本人		
ご家族（ ）		

受理日 _____ 年 月 日（職員記入）