

# 除去食依頼書

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

お子さまのお名前		性別	年齢
		男 ・ 女	____歳  ____ヶ月
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	
-----	--

除去食を必要とした病名	
-------------	--

具体的な症状	
--------	--

除去食を開始した時期	年 月 日から
------------	---------

●医師より指示された除去する食物は何ですか？

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・菓子 <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名（かまぼこ・ちくわ）
----------------------------	--

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（パン）
-------------	--

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（しょうゆ・みそ） <input type="checkbox"/> 豆類一般
-------------	---

その他の食品で除去するものを記入して下さい。

備考