

# 除去食依頼書

平成 年 月 日

お子さまのお名前 : (男・女) 年齢 : 才 ヶ月

保護者氏名 :

除去食を指示された医療機関 :

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？ をつけて下さい。

|              |  |
|--------------|--|
| 卵白の除去 (要・不要) | <input type="checkbox"/> 生卵 <input type="checkbox"/> 卵を用いた料理・菓子  |
| 卵黄の除去 (要・不要) | <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<br><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<br><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<br><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ください。

\*備考