

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？ をつけて下さい。

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・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