

除去食依頼書

平成 年 月 日

お子様のお名前: (男 ・ 女) 年令: 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？ □に v 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 <input type="checkbox"/> 鶏肉
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
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を記入して下さい。

備考