|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  　　ケ月 |
| 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） | | □生卵　　□卵を用いた料理・菓子 | | | |
| □つなぎに卵を用いた食品（マヨネーズ・パン）　□鶏肉 | | | |
| □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） | | □牛乳　　□乳製品 | | | |
| □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） | | □パン　□うどん | | | |
| □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） | | □大豆油　　□大豆油を使用した食品　　□大豆製品 | | | |
| □大豆加工品（しょうゆ・みそ）　　　　□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 | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |