|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
|  |
|  |