

除去食依頼書



平成 年 月 日

岩間保育園長殿

保護者名 _____ 印

園児氏名	性別	男	・	女
園児生年月日	平成	年	月	日生
① 除去食を指示された医療機関名:	電話番号:			
担当医師名:				
② 除去食を必要とした病名				
③ 具体的な症状				
④ 除去食を開始した時期				
⑤ 医師より指示された除去する食品はなんですか。○を付けてください。				
卵 (要・不要) 生卵 () ・ 卵を用いた料理 () ・ 卵を用いた菓子 ()				
つなぎに卵を用いた食品 () ・ 鶏肉				
牛乳 (要・不要) 牛乳 () ・ 乳製品 () ・ 牛乳や脱脂粉乳を用いた料理 ()				
牛乳や脱脂粉乳を用いた菓子、食品 ()				
大豆 (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 () ・ 豆類一般 ()				
その他 ()				
⑥ 特記事項				