

除去食依頼書

R 年 月 日

名 前：

年 齢： 歳 ヶ月

除去食を指示された医療機関：

TEL：

症 状：

医師より指示された除去が必要な食物にチェックをして下さい。

卵 白 (要・不要)	<input type="checkbox"/> 生卵
卵 黄 (要・不要)	<input type="checkbox"/> つなぎに卵を用いた食物 (マヨネーズ・パンなど)
牛 乳 (要・不要)	<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 乳製品 (ヨーグルト・チーズなど) <input type="checkbox"/> 牛乳や脱脂粉乳を用いた料理・菓子など
小 麦 (要・不要)	<input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> うどん <input type="checkbox"/> 小麦を用いた料理・菓子など
大 豆 (要・不要)	<input type="checkbox"/> 大豆油 <input type="checkbox"/> 大豆製品・加工品 (醤油・味噌・豆腐など)
その他 (要・不要)	具体的に記入して下さい。 ()

特記事項：