

除去食依頼書

記入日： 年 月 日

お子様のお名前： (男 ・ 女) 歳 ヶ月

保護者名：

除去食を指示された医療機関名：

プエリ入室時の食品除去(アレルギー)の有無について、**＜ 要・不要 ＞**のどちらかに○印をつけてください。

食品名		除去		詳細(スタッフ記入欄)	解除日
卵	生卵・マヨネーズ	不要	要		
	卵料理 (オムレツ、茶碗蒸しなど、卵そのもの)	不要	要		
	つなぎに卵を用いた食品 (ハンバーグ、ソーセージなど)	不要	要		
牛乳 乳製品	牛乳・生クリーム	不要	要		
	乳製品 (チーズ、ヨーグルトなど)	不要	要		
	つなぎに牛乳を用いた食品 (ケーキ、クッキーなど)	不要	要		
大豆	大豆製品 (豆腐・もやしなど)	不要	要		
	大豆油 (ツナ缶、マーガリンなど)	不要	要		
	調味料 (みそ、しょうゆなど)	不要	要		
小麦		不要	要		
麦茶		不要	要		

その他の食品で除去が必要なものを、以下に記入してください。(調味料も含めて)

[illegible]

以下は、スタッフ使用欄です。

＜具体的な症状＞

- ### ①アナフィラキシー

- ## ②喘鳴

- ⑤血液検査

- ### ③嘔吐・下痢

- ⑥その他