

# 除去食依頼書

令和 年 月 日

名前 \_\_\_\_\_ 年令 歳 ヶ月

食物アレルギーのため 下記のを 除去してください

医師から指示されている 除去しなければならない食品

( 除去する食品と程度を できるだけ詳しく書いて下さい )

卵・牛乳・大豆に関しては 除去するものに し点をつけて下さい

卵アレルギー	牛乳アレルギー	大豆アレルギー
<input type="checkbox"/> 鶏卵	<input type="checkbox"/> 牛乳	<input type="checkbox"/> 豆類全般
<input type="checkbox"/> 卵料理	<input type="checkbox"/> 乳製品	<input type="checkbox"/> 大豆製品
<input type="checkbox"/> つなぎに卵を用いた菓子	<input type="checkbox"/> 乳酸菌飲料	<input type="checkbox"/> 大豆が原料の調味料
<input type="checkbox"/> つなぎに卵を用いた食品	<input type="checkbox"/> 牛乳を用いた料理・食品	<input type="checkbox"/> 大豆が原料の食品
<input type="checkbox"/> マヨネーズ		
<input type="checkbox"/> プリン		

依頼者名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

愛の園ふちのべこども園 病後児保育センター ぽっかぽか