

食事依頼箋

令和 年 月 日

申込者
(保護者)

氏名		※	
病名		生年月日	年 月 日 歳 カ月

食事内容	主食	副食	
	<input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> ごはん	<input type="checkbox"/> 離乳食（中期） <input type="checkbox"/> 幼児食（未満児） <input type="checkbox"/> 小児食（小学生）	<input type="checkbox"/> 離乳食（後期） <input type="checkbox"/> 幼児食（年少児以上）

食物アレルギーをお持ちですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
-----------------	-----------------------------	------------------------------

「はい」の場合は、裏面の設問にお答えください。
「いいえ」の場合でも、お子さんがこれまでに食べたことがない食物があれば、裏面の設問にお答えください。

次のうち、アレルギーで除去が必要な食物に☑をしてください。
※これまでに食べたことがない食物は☒をつけてください。

<input type="checkbox"/> 卵	<input type="checkbox"/> 小麦	<input type="checkbox"/> 乳製品	<input type="checkbox"/> えび	<input type="checkbox"/> かに	<input type="checkbox"/> 落花生 ピーナッツ	<input type="checkbox"/> 蕎麦 そば
<input type="checkbox"/> 牛肉	<input type="checkbox"/> 鶏肉	<input type="checkbox"/> 豚肉	<input type="checkbox"/> さけ	<input type="checkbox"/> さば	<input type="checkbox"/> キウイ フルーツ	<input type="checkbox"/> オレンジ
<input type="checkbox"/> いか	<input type="checkbox"/> いくら	<input type="checkbox"/> あわび	<input type="checkbox"/> ごま	<input type="checkbox"/> くるみ	<input type="checkbox"/> カシュー ナッツ	<input type="checkbox"/> アーモンド
<input type="checkbox"/> もも	<input type="checkbox"/> バナナ	<input type="checkbox"/> りんご	<input type="checkbox"/> 大豆	<input type="checkbox"/> まつたけ	<input type="checkbox"/> ゼラチン	<input type="checkbox"/> やまいも

上記以外で除去が必要な食物：

「アレルゲンが原材料の一部に含まれるもの」の除去も必要ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
---------------------------------	-----------------------------	------------------------------

「アレルゲンを使った加工品等と同一の製造ラインで製造されているもの」の除去も必要ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
「はい」の方はご自宅で食べているものを具体的に記載して下さい。		

※記載された内容によっては、食事やおやつを提供できない場合があります。

受取者名	
------	--