

提出日 年 月 日

泉田こども園 園長様

除去食依頼書

保護者氏名				
園児氏名		男・女	生年月日	年 月 日
除去食を必要とした病名：				
具体的な症状：				
除去食を開始する日： 年 月 日から				
◇除去を必要とする食品（特定原材料7品目）				
鶏卵	（ 要 ・ 不要 ）	かに	（ 要 ・ 不要 ）	
小麦	（ 要 ・ 不要 ）	そば	（ 要 ・ 不要 ）	
乳	（ 要 ・ 不要 ）	落花生	（ 要 ・ 不要 ）	
えび	（ 要 ・ 不要 ）			
その他の食品で除去するもの				
再診時期（例：2歳になってから再診予定）				
備 考				

年 月 日

病院名

担当医名

電話番号

印