

食事連絡票

令和 年 月 日

依頼者	保護者氏名()				
	子ども氏名()		クラス名()		
お子さんの症状					
便	・柔らかい ・下痢をしいる				
口腔内	・歯が痛い ・歯が抜けていて噛むことができない ・口の中がただれている ・その他()				
肌	・湿疹が出ている				
その他	・()				
除去の希望					
・牛乳・乳製品の除去 ・油抜き ・果物(柑橘類)の除去 ・卵の除去 ・その他()					
食事の時間	・朝のおやつ(未満児のみ) ・昼食 ・午後のおやつ ・18:00以降の軽食				
本日の献立で除去して欲しいメニュー					
・午前おやつ() ・給食() ・午後おやつ()					
その他の注意事項					
こども園 記載	受領者印	園長印	主幹印	栄養士印	栄養士からの連絡事項

※医師からの指示により、除去する期間が予めわかっている場合は、その他の注意事項に記入してください。

食事連絡票

令和 年 月 日

依頼者	保護者氏名()				
	子ども氏名()		クラス名()		
お子さんの症状					
便	・柔らかい ・下痢をしいる				
口腔内	・歯が痛い ・歯が抜けていて噛むことができない ・口の中がただれている ・その他()				
肌	・湿疹が出ている				
その他	・()				
除去の希望					
・牛乳・乳製品の除去 ・油抜き ・果物(柑橘類)の除去 ・卵の除去 ・その他()					
食事の時間	・朝のおやつ(未満児のみ) ・昼食 ・午後のおやつ ・18:00以降の軽食				
本日の献立で除去して欲しいメニュー					
・午前おやつ() ・給食() ・午後おやつ()					
その他の注意事項					
こども園 記載	受領者印	園長印	主幹印	栄養士印	栄養士からの連絡事項

※医師からの指示により、除去する期間が予めわかっている場合は、その他の注意事項に記入してください。