

食事アンケート

平成 年 月 日記入

名前 () 平成 年 月 日生まれ

食事についてお聞きします。あてはまる項目に○をしてください。

1. 食欲はありますか？ ある方 普通 ない方
2. 好き嫌いがありますか？ 多い 少ない ない
3. 食物アレルギーはありますか？ ある ない

※アレルギー食対応を希望される方は、医師の指示書または意見書(別紙)の提出をお願いします。

4. 食べてはいけないものに「×」を、食べたことがないものに「○」をして下さい。

※食事の対応等で、栄養士が連絡を取らせていただく場合があります。

※なるべく下記の食品をお試しいただいてからのご利用をお願いします。

乳	牛乳(料理・飲用) 生クリーム チーズ ヨーグルト
卵	マヨネーズ 卵焼き カステラ ハンバーグ(つなぎとして)
大豆	とうふ 油揚げ きなこ 納豆
小麦	パン うどん 麦茶
魚介類	青魚 ししゃも エビ イカ
その他	米 そば ゴマ 揚げ物
野菜 フルーツ	(アレルギーのために食べてはいけない物がありましたら、ご記入ください。)

(西・ほ・み・田・し・そ・ひ・ア)

参考にさせていただきます。ありがとうございました。