

食事状況聞き取り表 記入日 年 月 日 確認職員 印

氏名		年	月	日生	男	女	歳	カ月
ご利用日		年	月	日	～	年	月	日
アレルギー		有	無	食材				
アレルギー受診		有	無	年	月	日	症状	
ミルク：		cc×	本/日	母乳：		回/日	牛乳：	cc× 回
哺乳瓶：		母乳実感	ピジョンスリムタイプ	その他（			）乳首 S M L	
好きなもの：		苦手なもの：						
現在食べている形状（大きさ）を○で囲んでください。								
食事の内容	初期		中期		後期		完了食	幼児食
食事の回数	1回		2回		3回			
主食	ペースト	つぶ	7分粥		全粥	軟飯	ご飯	
副食（野菜）	ペースト	つぶ	みじん	粗刻み	5mm角		1cm角	
肉類	ペースト	みじん		粗刻み	コロコロ			
魚類	ペースト	つぶ状	粗ほぐし		コロコロ			
食べたことがある食材を○で囲んでください。								
主食	パン	うどん	そうめん	スパゲッティ		中華麺		
卵	卵黄	卵白	全卵（加熱）		かまぼこ等のつなぎ			
牛乳	飲んでいる（加熱 未加熱）		調理したもの		パン等のつなぎ			
乳製品	チーズ	生クリーム	ヨーグルト		アイスクリーム			
肉類	鶏肉	牛肉	豚肉	ハム	ウインナー	ベーコン		
魚類	しらす	白身魚	鮭	ホタテ缶	ツナ缶			
果物	いちご	りんご	バナナ	オレンジ	桃	パインアップル	梨	ぶどう 柿
	スイカ	メロン	ミカン	サクランボ				
その他	小麦粉	大豆	豆腐	納豆	山芋	ごま	麦茶	油
調味料	しょうゆ	味噌	砂糖	マヨネーズ		ケチャップ	ソース	
	コンソメ	カレールー	酢	バター				
*アレルギー以外の除去及び代替食材の対応はできませんのでご了承下さい。								