

(公社) 県栄養士会 災害対策本部 宛

電話:

FAX:

メール:

特殊栄養食品の提供依頼書 【記入日: 月 日】

依頼者氏名 (勤務先等)		希望受取り場所 (場所名・住所)	
		受取り担当者氏名	
依頼者連絡先 (電話、メール等)		受取り担当者連絡先 (電話、メール等)	
		備考(製品例など)	希望の量(〇人分など)、コメント
濃厚流動食	液体タイプ	テルミールミニ® クリミール®	
	ゼリータイプ	メイバランスゼリー® パワミナゼリー®	
やわらか食品	主食(米粒なし)	UD(かまなくてよい)	
	主食(米粒あり)	UD(舌でつぶせる)	
	おかず(粒なし)	UD(かまなくてよい)	
	おかず(粒あり)	UD(かまなくてよい)	
	おかず	UD(舌でつぶせる)	
	おかず	UD(歯ぐきでつぶせる)	
デザート	かまなくてよい 舌でつぶせる	ゼリー、プリンなど	
飲料	微量栄養素強化 飲料	ブイクレス® くだものの栄養®	
	水分補給ゼリー	OS-1 ゼリー®	
アレルギー対応食品		主食、副食、デザート	
備考(他に希望する製品など 例:とろみ剤、液体ミルク、ベビーフード、低たんぱく質ご飯など)			

※UD:ユニバーサルデザインフード ※食品はすべてレトルトなどの常温保管の既製市販品です。