

アレルギーの有無に○を付けてください

有	無
---	---

食物アレルギー調査票

記入日 年 月 日

1 利用者(太枠内は空欄の無いように、すべてご記入ください)

主催事業名	対象者名	
電話番号	保護者名	印
FAX番号		

※レストランより連絡が入ることがあります。記入漏れのないようにお願いします。

※記入上の注意：食物アレルギーをすべてご記入ください（好き嫌いについては記入しない）

2 アレルギー症状(太枠内は空欄の無いように、すべてご記入ください)

対象アレルギーに○を付けてください。	小麦	卵	乳	えび	かに	そば	落花生
	本体のみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	成分も反応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

その他 ()

※アレルギー反応について「本体のみ反応」か「成分も反応」か○印をつけてください。
 ※その他のアレルギーについても「成分」と「本体」の記載をお願いします。

症状

反応が出るまでの時間

アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか。 ない ・ ある(いつごろ) ()

食堂での対応方法(ご希望の対応方法について、○印を付けてください。)

①一部代替食希望 ()	②全部代替食希望 ()	③持ち込み希望 ()
普通食メニューからアレルギーを含む食材のみを除去して、一部代替品メニューで提供する。 (アレルギー対応メニューから一部代替)	アレルギーを含まない食材に変更した専用代替食を提供する。 (アレルギー対応メニューに全代替)	食堂で対応できない場合、弁当持参等で対応する。

3 学校、幼・保育園等での対応方法(給食時の対応方法等ご記入ください。)

(例) 本人で取り除く、弁当持参、代替食提供等々。

4 その他(ご意見・ご要望等ございましたらご記入ください。)

ご記入ありがとうございました。
 なお、この個人情報、食物アレルギー対応以外には利用致しません。

※この「食物アレルギー調査票」はお申込みのお電話後3日以内にご提出ください。

	保護者	施設担当者	食堂責任者	
提出日	/	/	/	
確認印	印	印	印	