

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
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( )	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)						
②全部代替食希望( )	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)						
③持ち込み希望( )	食堂で対応できない場合、弁当持参等で対応する。						
④対応希望なし( )	※対応希望なしの理由を記入してください。( )						

## 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、この個人情報は、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6月中にご提出ください。

	施設担当者	食堂責任者
提出日	/	/
確認印	印	印