

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)

団体名		対象者名	
電話番号		保護者名	印
FAX番号			
担当者名		携帯番号	
携帯番号		※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。	
利用日	平成 年 月 日( ) ~ 平成 年 月 日( )		

※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							
	成分も反応							
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」は利用日の20日前までにご提出ください。

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