

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 令和 年 月 日

太枠内(下記 1~3)は、空欄のないよう、すべてご記入ください。
該当する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)

1. 利用者

| | | |
|-------|----------------------|---|
| 利用日 | 令和 7 年 3 月 8 日 (土) | |
| 団体名 | めざせ!山頂 | ※保護者名は、詳細を把握されている方の名前・連絡先をご記入ください。 ※レストランより連絡することがあります。 魚国事業所 (☎ 080-4435-2816) ※レストランに連絡がつかない場合は、 自然の家へご連絡ください。 (☎ 0985-58-1711) 8:30~17:00 |
| 電話番号 | 0985-58-1711 | |
| FAX番号 | 0985-58-1712 | |
| ふりがな | | |
| 対象者名 | | |
| 保護者名 | Ⓜ 続柄 () | |
| 携帯番号 | | |

2. アレルギー症状

| | | | | | | | | | |
|--|------------------------------------|-------|-------|---------------|----|----|----|----|-----|
| 対象アレルギーに○を付けて下さい | 本体のみ | 小麦 ※① | 鶏卵 ※② | 乳製品 ※② | えび | いか | かに | そば | 落花生 |
| | 成分も反応 | | | | | | | | |
| ※アレルギー反応について「本体のみ反応」か「成分も反応」か○印を付けて下さい | | | | | | | | | |
| その他の食物アレルギー | ※その他のアレルギーについても「本体」と「成分」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: 原因: 】 | | | | | |

①上表2の小麦に「○」をした方は、下記の調味料について確認させてください。

| | |
|----|---|
| 小麦 | 醤油 (可 ・ 不可)、みそ (可 ・ 不可)、小麦粉 (可 ・ 不可)、料理酒 (可 ・ 不可) |
|----|---|

②上表2の鶏卵又は、乳製品に「○」をした方は、下記で該当するものに「○」で囲んでください。

| | |
|-----|--|
| 鶏卵 | 生卵 (可 ・ 不可)、半熟 (可 ・ 不可)、加熱 (可 ・ 不可)、つなぎ (可 ・ 不可) ※生卵・半熟は提供されません マヨネーズ・ドレッシング (可 ・ 不可)、ハム・ベーコン (可 ・ 不可)、めん類 (可 ・ 不可) |
| 乳製品 | 牛乳 (可 ・ 不可)、ヨーグルト (可 ・ 不可)、チーズ (可 ・ 不可)、バター (可 ・ 不可) ※牛乳・ヨーグルトは提供されません コンソメ (可 ・ 不可)、乳成分 (可 ・ 不可) マーガリン (可 ・ 不可)、ベーコン・ウィンナー (可 ・ 不可)、パン (可 ・ 不可)、乳成分 (可 ・ 不可) |

③日常生活(家、学校)での対応方法、その他ご意見がございましたらご記入ください。

学校での対応 (有 ・ 無)

3. レストランでの対応方法 (ご希望の対応方法について、いずれかに○印を付けてください。)

| | |
|-------------|---|
| () 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) |
| () 全部代替食希望 | 七大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) |
| () 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。 |
| () 対応希望なし | (理由:) |

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、2月28日(金)までに、自然の家にご提出ください。

| | | |
|-----|-------|-------|
| | 施設担当者 | 食堂責任者 |
| 提出日 | / | / |
| 確認印 | 印 | 印 |