

食物アレルギー 事前確認票

TEL. 0745-96-2105

FAX. 0745-96-2605

【基本情報】※記入していただく箇所は、太い枠で囲いをしてある所にご記入してください。

利用日	年 月 日～ 日	ふりがな		男 ・ 女
団体名		氏名		歳
団体担当者名		連絡先	Tel	(保護者 ・ 学校)
※団体担当者様へ 食物アレルギーの対応が無い場合、 又食物アレルギー該当者が居られない場合はご提出不要です				
★7大アレルギー★ 該当するアレルギーに ○で囲んで下さい。 ※(カッコ内)は該当する ものに○をして下さい。 ★その他アレルギー★ カッコ内に記入 して下さい。	・小麦 (小麦粉 調味料) ・卵 (生卵 つなぎ マヨネーズ) ・乳 (牛乳 乳製品 つなぎ) ・そば ・落花生・えび ・かに	症状		
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	(いつ頃	歳)
内服薬の持参はありますか	ない	ある		
エピペンの持参はありますか	ない	ある		

希望対応について 選択してください。	A. 除去・代替希望	B. 持参品対応
	材料の一部を除去・代替 ↓ 除去・代替食の表に 希望対応を記入	食堂の冷蔵庫・冷凍庫で保管と 加熱対応を希望する ※持参品対応につきましては 別紙記入用紙をお送りします。
(A,Bに○印を記入)		

A.除去・代替希望をご希望される方は、下表にご記入ください。

※ただし、重篤なアレルギー症状を起こす可能性のある方や、除去食品が多数ある時の対応は難しい場合がございます。

利用月日	食事区分	食べられないメニュー名	除去希望食材(メニュー)	代替食希望の有無 どちらかに丸をつけてください (対応出来ないメニューもございます)
月 日				希望する・希望しない
月 日				希望する・希望しない
月 日				希望する・希望しない
月 日				希望する・希望しない
月 日				希望する・希望しない
月 日				希望する・希望しない
月 日				希望する・希望しない
月 日				希望する・希望しない
連絡事項	事前確認票受領後、打合せの為に連絡をさせて頂く場合がございます。 打合せ可能時間をご記入願います。 午前 時頃 ・ 午後 時頃			