

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、太い枠で囲んでい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
アレルギー担当者		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不要（自己判断で除去・引率者で対応）の場合、 又食物アレルギー該当者がいない場合はご提出不要です。				
★8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・くるみ	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,B,Cに○印を記入)	A. 自己判断	B. 代替品希望	C. 持参品対応
	セルフの際 お気を付けくだ さい。	代替品希望の場合は当食堂メ ニューではなく、8大アレルギー 不使用の専用メニューに完全移行 されます。	食堂の冷蔵庫・冷凍庫で保管 加熱対応を希望する ※持参品対応の場合は別紙記入用紙お送りしま す。レストランにお問い合わせ下さい。

代替対応をご希望される方は、下表にご記入ください。(対応できないメニューもございませ
※ただし、重篤なアレルギー症状を起こす可能性のある方はご相談ください。

利用月日	食事区分	食べれないメニュー名	
月 日			後程担当者より ご連絡いたしますので しばらくお待ちください。
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
連絡事項	事前確認票受領後、打合せの為ご連絡をさせて頂く場合がございます。 9時から18時の間で打合せ可能時間をご記入願います。 午前 時頃 ・ 午後 時頃		