

記入例

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している所にご記入してください。

|   |   |  |   |   |     |
|---|---|--|---|---|-----|
| 利用日   | 年 月 日～ 日  | ふりがな                                       | まる まる   | 男・女                                     | 男・女 |
| 団体名   | 〇〇〇〇  | 氏名   | 〇〇 〇〇   | 〇 歳                                     |     |
| 団体担当者名  | 〇〇 〇〇   | 緊急連絡先                                      | Tel〇〇〇-〇〇〇-〇〇                                   | (保護者・学校)                                |     |
| ※団体担当者様へ<br>食物アレルギーの対応・該当者が無い場合はチェックしてください                          |   | ●該当者なし <input checked="" type="checkbox"/> |   | ●該当者は数名いるが対応無し <input type="checkbox"/> |     |
| ★7大アレルギー★<br>該当するアレルギーに<br>〇で囲んで下さい。<br>※(カッコ内)は該当する<br>ものに〇をして下さい。 | ・小麦 (小麦粉 調味料)<br>・卵 (生卵 つなぎ マヨネーズ)<br>・乳 (牛乳 乳製品 つなぎ)<br>・そば ・落花生・えび・かに | 症状   | ・生卵は、湿疹・嘔吐<br>・つなぎは、湿疹<br>・キウイ・ももは、口腔内かゆみ<br>など |   |     |
| ★その他アレルギー★<br>カッコ内に記入<br>して下さい。                                     | キウイ もも  |  |   |   |     |
| 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  | 2 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   |   |   |     |

緊急連絡先は  
どちらかに  
〇で囲んで下さい。

※団体担当者様の  
チェック欄です。  
該当者なしにチェック  
された場合も本票を  
食堂まで返信願いま  
す。

※利用日の二週間前まで  
をお願いいたします。

|  |                        |          |                                   |  |
|--|------------------------|----------|-----------------------------------|--|
| 希望対応について<br>選択してください。<br><br>(A,B,Cに〇印を記入) | A. 通常メニューのまま           |          | B. 除去・代替希望                        | C. 持参品対応   |
|  | 自己判断<br>(本人)で<br>食べられる | 引率者で対応する | 材料の一部を除去・代替<br>↓<br>希望除去・代替食の表に記入 | 食堂の冷蔵庫・冷凍庫で保管と<br>加熱対応を希望する<br><br>◎持参品対応につきましては<br>別紙記入用紙をお送りします。 |

B.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。

| 利用日  | 食事区分  | 食べられないメニュー名 | 除去希望 | 除去・代替食希望 |
|------|---|-------------|------|----------|
| × 日  | 昼食  |             |      |          |
|      | 夕食  | (例) ハムカツ    | ハムカツ | 〇        |
| △ 日  | 朝食  | (例) オムレツ    | オムレツ | 〇        |
|      | 昼食  |             |      |          |
|      | 夕食  |             |      |          |
| 日    | 朝食  |             |      |          |
|      | 昼食  |             |      |          |
|      | 夕食  |             |      |          |
| 連絡事項 | 事前確認票返信後 打合せの為 ご連絡を致します。打合せ可能時間をご記入願います。<br>午前 時頃 ・ 午後 時頃 |             |      |          |

除去・代替食をご希望される方は、〇印を付けてください。  
※代替食の内容に関しては、確認の連絡時にご相談させていただきます。

# 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   |  | 緊急連絡先 | Tel  | (保護者 ・ 学校) |
| ※団体担当者様へ<br>食物アレルギーの対応・該当者が無い場合はチェックしてください ●該当者なし <input type="checkbox"/> ●該当者は数名いるが対応無し <input type="checkbox"/> |  |       |      |            |
| ★7大アレルゲン★<br>該当するアレルゲンに<br>○で囲んで下さい。<br>※(カッコ内)は該当する<br>ものに○をして下さい。<br><br>★その他アレルゲン★<br>カッコ内に記入<br>して下さい。         | ・小麦 ( 小麦粉 調味料 )<br>・卵 (生卵 つなぎ マヨネーズ )<br>・乳 (牛乳 乳製品 つなぎ )<br>・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<br>選択してください。<br><br>(A,B,Cに○印を記入) | A. 通常メニューのまま           |          | B. 除去・代替希望                               | C. 持参品対応   |
|  | 自己判断<br>(本人)で<br>食べられる | 引率者で対応する | 材料の一部を除去・代替<br>↓<br>除去・代替食の表に<br>希望対応を記入 | 食堂の冷蔵庫・冷凍庫で保管と<br>加熱対応を希望する<br><br>※持参品対応につきましては<br>別紙記入用紙をお送りします。 |

B.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。

| 利用日 | 食事区分 | 食べられないメニュー名 | 除去希望 | 除去・代替食希望 |
|-----|------|-------------|------|----------|
| 日   | 昼食   |             |      |          |
|     | 夕食   |             |      |          |
| 日   | 朝食   |             |      |          |
|     | 昼食   |             |      |          |
|     | 夕食   |             |      |          |
| 日   | 朝食   |             |      |          |
|     | 昼食   |             |      |          |
|     | 夕食   |             |      |          |

|      |   |
|------|---|
| 連絡事項 | 事前確認票返信後 打合せの為 ご連絡を致します。打合せ可能時間をご記入願います。<br>午前 時頃 ・ 午後 時頃 |
|------|---|