**NO5**　　　　　　 　  **食　物 ア レ ル ギ ー 調 査 票 　　　　　　　　　東青**

**年　　月　　日**

・重度の食物アレルギーのある方への代替食は致しません(学校での給食が無理な方など)。

・上記以外の場合は、対応食を考えますので、下記調査票への記入をお願い致します。

全て対応できるとは限りません。

・記入につきましては、対象者の保護者の方がご記入ください。

・1人１枚の記入でお願い致します。

　　・栄養士が保護者と対応食についての相談を致します。その結果は、保護者から必ず

団体の責任者にお伝えください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **団 体 名** |  | | **責任者氏名** |  |
| **電話番号** |  | | **ＦＡＸ** |  |
| **利用期間** | 月　　　日（　　）　～　　　月　　　日（　　） | | | |
| **対象者氏名** | ふりがな | | **年齢・性別** | 歳   * 男　　□　女 |
| **保護者氏名** |  | ☎：　　　　　　　　　ＦＡＸ：  **携帯：** | | |

1. 対象者のアレルギーの症状をお書きください。

2アレルギーの原因となる食物は何？（例：卵、牛乳、小麦、そば、ピーナッツ、カニ、エビ、さば等）

1. 食べさせてはいけない加工食品は何ですか？　詳しくお書きください。

（例：マヨネーズ、カレーのルー、チース、フライの衣、唐揚げ、ウインナ、カニエキス等）

1. 希望する対応に□にレ印をつけて下さい。（複数回答可）
   * 特に対応はいらない　　　□事前に献立を知らせて欲しい　　□個別対応を希望する

5その他、特記事項がありましたらご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所　長 | 調理長 | 栄養士 | 受付者 |
|  |  |  |  |