

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枚の記入をお願い致します。
- ・ 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		F A X	
利用期間	月 日 ( ) ~ 月 日 ( )		
対象者氏名	ふりがな	年齢・性別	歳 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
保護者氏名		☎ : 携帯 :	F A X :

- 対象者のアレルギーの症状をお書きください。
- 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)
- 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、チーズ、フライの衣、唐揚げ、ウインナ、カニエキス等)
- 希望する対応に□にレ印をつけて下さい。(複数回答可)  
 特に対応はிர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
- 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