

NO 5

## 食物アレルギー調査票

年 月 日

- ・原因食の除去および代替を提供させていただきます。食物アレルギーの内容により提供できない場合もあります。特に**重度のアレルギー**に対しては、**対応致しません**。
- ・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。(除去不要の方は提出の必要はありません)
- ・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。提出の締め切りは、ご利用日から**1週間前の正午まで**です。

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 :

- アレルギーの原因となる食物は何ですか？  
(例：卵、牛乳、小麦、そば、ピーナッツ、カニ、エビ、さば等)
- 対象原因食を摂取した場合のアレルギー症状をお書きください。
- 食べさせてはいけない加工食品は何ですか？ 具体的にお書きください。  
(例：卵⇒マヨネーズ、フライ等の衣まで除去、魚⇒出汁等も除去)
- 希望する対応に□にレ印をつけて下さい。(複数回答可)  
□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。

※ いただいた個人情報**は食物アレルギー対応以外には使用致しません**。

所 長	調理長	栄養士	受付者