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２週間前の正午まで**です。

団 体 名		調査票に関する担当者氏名	
担当者電話番号		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		☎： 携帯：	ＦＡＸ：

1　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）

2　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。

3　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）

4　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

5 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。
※野外炊飯の食材についてアレルギー対応は致しません。あらかじめご了承ください。

所　長	調理長	栄養士	受付者