**NO 5**　　　　　　　　　　　　  **食 物 ア レ ル ギ ー 調 査 票**

千葉県立東金青少年自然の家

**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。下記調査票への記入をお願い致します。

・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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. 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）

1. 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。
2. 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）

1. 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。

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

22.4