

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。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枚の記入をお願い致します。(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		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