

食物アレルギー事前確認票

【基本情報】※太枠で囲いをしている所に記入し、利用日の**2週間前**に提出してください。

※対象者が複数名の場合は、本用紙をコピーしてお使いください。

団体名		利用日	年	月	日～	日
団体担当者名		担当者連絡先	Tel :		(自宅 ・ 勤務先)	
ふりがな		保護者連絡先	Tel :	(自宅 ・ 勤務先) 日中連絡の可能な番号		
氏名						
※団体担当者様へ 食物アレルギーの対応・該当者が無い場合はチェックしてください		対応を希望しない <input type="checkbox"/>				
★7大アレルゲン★ 該当するアレルゲンに ○で囲んで下さい。 7大以外のものはカッコ内 に記入して下さい。	小麦 ・ 卵 ・ 乳製品 そば・落花生・えび・かに []	症状				
アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか		ない	ある	(いつ頃		歳)
アレルギーに関する内服薬の持参はありますか		ない	ある			
エピペンの持参はありますか		ない	ある	※「ある」にチェックを入れた場合、 エピペンを打てる方はありますか？		

希望対応について 選択してください。 (A,B,Cに○印を記入)	A. 通常メニューのまま		B. 除去・代替希望	C. 持参品対応
	自己判断で 食べられる	引率者で対応する	材料の一部を除去・代替 ↓ 除去・代替食の表に 希望対応を記入	食堂の冷蔵庫・冷凍庫で保管と 加熱対応を希望する ※持参品対応につきましては 別紙記入用紙をお送りします。

→ 前後の料理が混入する場合がございます。

B.除去・代替希望をご希望される方は、下表にご記入ください。

※ただし、重篤なアレルギー症状を起こす可能性のある方や、除去食品が多数ある時の対応は難しい場合がございます。

利用日	食事区分	食べれないメニュー名	除去希望	代替食希望
日				
日				
連絡事項				

ユーレストジャパン(株)岩手山店

TEL: 019-688-4417

FAX

FAX: 019-688-3197

食物アレルギー事前確認票の記入例

【基本情報】※太枠で囲いをしている所に記入し、利用日の**2週間前**に提出してください。

※対象者が複数名の場合は、本用紙をコピーしてお使いください。

連絡先は
どちらかを
○で囲んで下さい。

団体名	岩手山青少年高等学校	利用日	平成29年 5月 16日 18日
団体担当者名	岩手山 太郎	担当者連絡先	Tel: 019-688-4221 (自宅・勤務先)
ふりがな	うへだ やよい	保護者連絡先	Tel: 090-xxxx-xxxx (自宅・勤務先) 日中連絡の可能な番号
氏名	上田 弥生		
※団体担当者様へ 食物アレルギーの対応・該当者が無い場合はチェックしてください		対応を希望しない	<input checked="" type="checkbox"/>
★7大アレルギー★ 該当するアレルギーに ○で囲んで下さい。 7大以外のものはカッコ内 に記入して下さい。	小麦 卵 ・ 乳製品 そば・落花生・えび・かに 果物	症状	・卵は嘔吐 ・果物は湿疹
アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか	ない ある (いつ頃 2歳)		
アレルギーに関する内服薬の持参はありますか	ない ある		
エピペンの持参はありますか	ない ある		※「ある」にチェックを入れた場合、 エピペンを打てる方はおりますが はい

※団体担当者様の
チェック欄です。
対応を希望しないに
チェックされた場合も
本用紙を食堂まで
返信願います。

希望対応について 選択してください。	A. 通常メニューのまま	B. 除去・代替希望	C. 持参品対応
(A.B.Cに○印を記入)	自己判断で 食べられる	引率者で対応する	材料の一部を除去・代替 ↓ 除去・代替食の表に 希望対応を記入
			食堂の冷蔵庫・冷凍庫で保管と 加熱対応を希望する ※持参品対応につきましては 別紙記入用紙をお送りします。

→ 前後の料理が混入する場合がございます。

B.除去・代替希望をご希望される方は、下表にご記入ください。

※ただし、重篤なアレルギー症状を起こす可能性のある方や、除去食品が多数ある時の対応は難しい場合がございます。

利用日	食事区分	食べれないメニュー名	除去希望	代替食希望
16日	昼食			
	夕食	(例) トンカツ	トンカツ	○
17日	朝食	(例) かき玉スープ	たまご	○
	昼食			
	夕食			
連絡事項	<p>・代替食をご希望される方は、○印を付けてください。 ※代替食の内容に関しては、確認の連絡時にご相談させていただきます。</p>			