

# 食物アレルギーに関する対応確認表

コンパスグループ・ジャパン(株)岩手山店 宛

FAX 019-688-3197

TEL 019-688-4417

## ○団体担当者記入欄

※必ずご利用の2週間前までにご提出願います。

提出日	年 月 日
団体名	
利用日	～
団体担当者 (連絡先)	団体チェック <input type="checkbox"/>

※団体担当者の方は、ご本人記入欄を確認後に団体チェック欄にレ印していただき提出（FAX等）をお願いします

## ○ご本人 記入欄（ご本人が未成年の場合は保護者の方がご記入ください）

記入日	年 月 日
ご本人氏名 (保護者氏名)	( )
アレルギーの症状等についてご記入ください。	
① アレルギーの原因食品名【	】
② 現在のアレルギー症状【	】
③ 冷凍食品や加工食品等に含まれる原材料や成分にもアレルギー反応をおこしますか 【	】
④ 調理器具・食器の利用には問題がありませんか【	あり ・ なし
⑤ アナフィラキシーの既往【	既往あり ・ 既往なし（心配あり ・ 心配なし）】
ご希望の対応内容にチェックをつけてください。	
<input type="checkbox"/> 1	献立表・アレルギー表での確認により、自己判断で食事ができる
<input type="checkbox"/> 2	献立表・アレルギー表での確認により自己判断で食事ができるが、食材混入を避けるために食事開始時間より前に団体担当者または本人による料理の取り分けを行う
<input type="checkbox"/> 3	重度のアレルギーのため毎食ごとの食材（調理済み食品など）を持参する (アナフィラキシーの既往あり 又は、心配がある場合は食材を持参していただきます)
<input type="checkbox"/> 4	野外炊事メニューの相談を希望する (別紙①、② 参照)
<input type="checkbox"/> 5	弁当（おにぎり弁当・幕ノ内弁当）の相談を希望する (別紙①、② 参照)

◎施設にはエピペンの常備がありませんので、必要に応じて内服薬とともにご持参ください。

◎緊急受診の場合、病院までの所要時間が、夏は約1時間、冬は約1時間30分です。

タクシー利用の場合は、施設までの迎えの時間（約30～40分）も要します。

※個人情報については、法令で定められている場合を除き利用・転用することはありません。

国立岩手山青少年交流の家に、情報提供させていただきますのでご了承ください。

ご記入後、団体担当者の方へお渡しください。ご協力ありがとうございました。