

食物アレルギー 事前確認 個票

団体 確認		施設 確認		厨房 確認	
----------	--	----------	--	----------	--

利用日	20 年 月 日～ 日	ふりがな		男 女
団体名		氏 名		歳
担当者名		緊急連絡先		父 母 他
★7大アレルギー★ 該当するアレルギーに ○をつけてください。 それ以外は[]内に記載	小麦 卵 乳製品 そば ピーナッツ 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はありますか	ない	ある (いつ頃	歳)	
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		

希望される対応を 選択してください ()を希望	A、通常のメニューのまま ①自己判断 で除去し て食べる ②引率者が 確認する	B、代替メニュー希望 下表に希望する 代替メニューを記入	C、持参品対応 ①冷蔵・冷凍 保管を希望 ②食事時間前 に持参をする
--------------------------------	--	------------------------------------	--

※BとCの対応を希望される場合は、B-C① と記入してください。

B、代替メニューを希望される方は下表にご記入ください (持参品の場合は希望代替メニュー欄に「持参品」と記入。)

利用日	食事区分	食べられないメニュー	希望代替メニュー
日	昼 食		
	夕 食		
	プラスワン		
日	朝 食		
	昼 食		
	夕 食		
	プラスワン		
日	朝 食		
	昼 食		

連絡事項

※持参品には、食事する本人の名前をフルネームで記したタグ等を付すこと。(シールなど外れてしまうものは不可)

食物アレルギー 事前確認 個票

団体 確認		施設 確認		厨房 確認	
----------	--	----------	--	----------	--

利用日	20 17 年 2 月 7 日 ~ 8 日	ふりがな	〇〇 〇〇	<input checked="" type="radio"/> 男 女
団体名	〇〇〇〇	氏名	〇〇 〇〇	△△ 歳
担当者名	来所時の責任者名	緊急連絡先	連絡が確実につけられること	<input checked="" type="radio"/> 父 母 他
★7大アレルギー★ 該当するアレルギーに ○をつけてください。 それ以外は[]内に記載	小麦 卵 乳製品 そば ピーナッツ えび かに [上記以外の食物に関する アレルギーを記載]	症 状	アレルギー症状が出た時 どのような症状が起こるか。 対応として注意しなければ ならないこと。	
アナフィラキシーショックを起こしたことはありますか	<input checked="" type="radio"/> ない	ある (いつ頃 歳)		
内服薬の持参はありますか	ない	<input checked="" type="radio"/> ある		
エピペンの持参はありますか	<input checked="" type="radio"/> ない	ある		

希望される対応を 選択してください (<input checked="" type="radio"/> B)を希望	A、通常のメニューのまま ①自己判断 で除去し て食べる	<input checked="" type="radio"/> B、代替メニュー希望 下表に希望する 代替メニューを記入	C、持参品対応 ①冷蔵・冷凍 保管を希望	②食事時間前 に持参をする
---	---	---	--------------------------------	------------------

※BとCの対応を希望される場合は、B-C① と記入してください。

B、代替メニューを希望される方は下表にご記入ください (持参品の場合は希望代替メニュー欄に「持参品」と記入。)

利用日	食事区分	食べられないメニュー	希望代替メニュー
7 日	昼 食	なし	アレルギー対応が必要 ない場合「なし」と書き、 空欄にはしないでくださ
	夕 食		
	プラスワン		
8 日	朝 食	パン・ジャム	おにぎり
	昼 食	カレールー/とんかつ	とろけるカレー/豚ソテー
	夕 食	豚じゃが夕食	アジフライ除去
	プラスワン		
日	朝 食		
	昼 食		

連絡事項

お箸が一緒でもアレルギー反応を起こします。完全に分けて提供をお願いします。

※持参品には、食事する本人の名前をフルネームで記したタグ等を付すこと。(シールなど外れてしまうものは不可)