食物アレルギー調査票

記入日　　　　年 　 月 　日

・食物アレルギーのある方に代替食品による対応をいたします。

・お手数ですが、下記調査票への記入をお願いいたします。

・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 枚の記入でお願いいたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 団 体 名 |  | | 責任者氏名 |  |
| 電話番号 |  | | ＦＡＸ番号 |  |
| 利用期間 | 年 　　月 　　日（ 　 ） ～ 　　年 　　月 　　日（ 　） | | | |
| 対象者名前 | ふりがな | | 年齢・性別 | 歳  □ 男　　 □ 女 |
|  | |
| 保護者名前 |  | 電話： 　　　　　　　　　　FAX：  携帯： | | |

問１．対象者のアレルギーの症状をお書きください。

問２．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 など）

問３．食べさせてはいけない（食べられない）加工食品は何ですか？できるだけ詳しくお書きください。

（例：マヨネーズ、カレーのルー、チーズ、フライの衣、唐揚げ、ウインナー、カニエキスなど）

問４．希望する対応にレ印をつけてください。（複数回答可）

□ 特に対応はいらない □ 事前に献立を知らせてほしい □ 個別対応を希望する

問５．その他特記事項がありましたらご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| いしかわうち　使用欄 | | | |
| 代　表 | 調理責任者 | 調理担当者 | 受付者 |
|  |  |  |  |