

食物アレルギーをお持ちの方が居られない場合も必ずご記入ください。

食物アレルギーをお持ちの場合、必要項目すべてについてご記入ください。

記入例

様式 1

この用紙は、5月 16日 (月) までに、下記へご返信ください。

北九州市立玄海青年の家 FAX : 093-741-4432

Eメール : info@genkai-seinen.com

食物アレルギー対応調査シート

提出日：令和 〇 年 3月 7日

団体名及び 記入者氏名・連絡先	団体名：玄海村立中学校 連絡先：Tel090-〇〇△△-●●×× / fax741-〇〇▲▲	記入者氏名：玄海 太郎
施設ご利用期間	令和 〇年 6月 10日 (水) ~ 6月 12日 (金)	
学年全体での食物 アレルギー該当者	あり (1 名) ・ なし ※ 「あり」の場合のみ、下記項目にご記入ください。	

◆下記、必要項目のご記入につきましては、次の内容をご確認ください。

※ 医師の診断を受けているアレルギー症状についてのみ、ご記入下さい。

※ この食物アレルギー対応調査シートは、団体の代表者の方が取りまとめた上でご提出ください。

※ 服薬等について、こちらで用意または管理致しておりません。

※ 調査シートは、利用当日の食品提供についてのみ利用するもので、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。

アレルギー 該当者	(フリガナ)	ヒビキ ナダコ	性別	男 ・ 女
	氏名	響木 灘子		年齢
	緊急連絡先：090-〇〇△△-●●××		組	
	食堂での除去対応：希望する ・ 希望しない		※希望する場合は別紙申込書も添付のこと	

※ 下記質問項目について、〇印でチェックしてください。

アレルギー食品名 エキス：可・不可	1. 卵	エキス：可・不可	2. 乳	エキス：可・不可
	3. えび	エキス：可・不可	4. かに	エキス：可・不可
	5. 小麦	エキス：可・不可	6. そば	エキス：可・不可
	7. ピーナッツ (落花生) エクス：可・不可			
	8. その他 ()			
	※除去食をご希望の場合、アレルギー食品の食べられる範囲についてご記入ください (卵：つなぎ程度は可能 えび：エキスも不可)			
気管支ぜんそく	1. あり	2. なし		
アナフィラキシー 症状の既往	1. あり	2. なし		
	※ありの場合 原因食物：() 発症年月：平成〇〇年 〇月頃			
アレルギー症状が 出現した場合の 対処方法	1. 内服薬 (●●△△ ※症状が現れたら服用)			
	2. 自己注射 (エピペン®)			
	3. その他 ()			
連絡事項 (原因食物を喫食した 場合の症状等)	体中に赤い発疹とかゆみ、咳が出る			