

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枚の記入をお願いいたします。

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
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
保護者名前		電話： 携帯：	FAX：

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