

食物アレルギー事前確認票

※入所日の2週間前までに提出
※食物アレルギーの方がいる場合のみ提出

いただいた個人情報は、食物アレルギー対応以外には利用致しません。

提出はコンパスグループ・ジャパン株式会社にFAXでお願いします →(FAX番号:0478-82-1808)

1. お客様情報

記入日 令和 年 月 日

団体名	様	喫食者名 ^{フリガナ}	様
担当者名 (連絡先)	(TEL)	保護者名 (連絡先)	(TEL)
利用日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		

2. 食物アレルギー情報

対象アレルゲン ○を付けてください。	小麦・卵・乳・そば・落花生・えび・かに その他()
学校給食ではどのよう に対応していますか	
症状	
反応が出るまでの時間	
ごく微量(コンタミネーション)でもアレルギー症状を引き起こす可能性がありますか	ない . ある
アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか	ない . ある (いつ頃)

3. 食物アレルギーの程度(原因食品の除去範囲)を下表にご記入ください。

除去する食品	その食物アレルギーの中でも食べられる食品
(例1) 乳製品	(例1) ①粉末だし等に含まれる乳糖は可能②牛乳以外可能
(例2) 卵	(例2) ①つなぎ程度なら可能 ②加熱していれば可能 ③マヨネーズ、ドレッシング可能
(例3) 小麦	(例3) ①醤油など調味料は可

4. ご希望の対応についてご記入ください。

食堂での対応について ご希望の対応に ○をつけてください	A. 普通食のまま		B. 除去・代替希望	C. 食材・弁当等持参	
	全ての料理を 食べられる	取り分け指導 で対応する	料理の使用食材の一部を 除去又は変更	食堂冷蔵庫での 保管と加熱を希 望する	食堂冷蔵庫での 保管と加熱を希 望しない

※重篤なアレルギー症状を起こす可能性のある方や、除去食品が多数の方への対応は、やむを得ず致し兼ねる場合がございます。

その他、ご意見等ございましたらご記入ください。

--

ご記入ありがとうございました。従業員一同お待ちしております。

水郷小見川青少年自然の家内食堂

コンパスグループ・ジャパン株式会社
連絡先 FAX:0478-82-1808
TEL:0478-82-1808