

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。

この用紙は、**入所日の3週間前までに**、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 年 月 日

学校名及び 記入者氏名・連絡先	学校名： 連絡先：Tel / fax	記入者氏名：
施設ご利用期間	令和 年 月 日 () ~ 月 日 ()	
アレルギー該当者	あり (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)		性別	男 ・ 女
	氏名		組	年齢 歳
	緊急連絡先：			
	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、○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 <u>エキス：可・不可</u>	2. 乳 <u>エキス：可・不可</u>
	3. えび <u>エキス：可・不可</u>	4. かに <u>エキス：可・不可</u>
アレルギー食品名 エキス：可・不可	5. 小麦 <u>エキス：可・不可</u>	6. そば <u>エキス：可・不可</u>
	7. ピーナッツ（落花生） <u>エキス：可・不可</u>	8. くるみ <u>エキス：可・不可</u>
	9. カシューナッツ <u>エキス：可・不可</u>	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 ()	
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： 年 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 ()	
	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)		