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**

様式 １

**食物アレルギー対応調査シート**

提出日**：**令和　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名及び  記入者氏名・連絡先 | 学　校　名**：** | 記入者氏名**：** |
| 連　絡　先**：**℡　　　　　　　　　　／ fax | |
| 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) |  | 組 | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　名 |  | 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。

|  |  |
| --- | --- |
| アレルゲン食品名  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）　　エキス：可・不可  ８．くるみ　エキス：可・不可　　　その他（　　　　　　　　　　　　）  ※除去食をご希望の場合、アレルゲン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） |  |