

記入日 平成 年 月 日

## 【 食物アレルギー調査票 】

利用期間 : 月 日 (朝・昼・夕) ~ 月 日 (朝・昼・夕)	
団体名 :	代表者氏名 :
電話番号 :	FAX番号 :
記入責任者 :	担当者氏名 :
(ふりがな) 対象者氏名 :	年齢 :

問1 1)食物アレルギーの症状を詳しくご記入ください。

【

2)アレルギーの原因物質となる食べ物について、詳しくご記入をお願いします。

アレルギーを起こす食べ物	詳細	エキス	学校給食対応状況
		可・不可	・個人で除去
		可・不可	
		可・不可	
		可・不可	
		可・不可	・アレルギー対応食
		可・不可	
		可・不可	・弁当持参
		可・不可	
		可・不可	

問2 現在も、原因となる食物を除去している方は、家庭でどのような対応をされているのかお答えください。

【

問3 希望する対応に○をお付けください。(複数回答可)

- ① 特に対応はிரらない (理由 )  
② 事前に献立を知らせてほしい  
③ 個別対応を希望する(対応できない場合もごさいます。予めご了承ください。)

※ご留意: 対応食は、通常調理を行っている厨房(器具)を使用し調理を行います。使用器具は十分な洗淨を施していますが、キズなどにより微量のアレルゲンが残留することもあるため、症状によっては、食事の持参をお願いすることがあります。

問4 その他特記事項がありましたらご記入ください。

【

**※団体の代表者が利用開始日の1ヶ月前までに持参または郵送でご返答をお願いします。**

(期日を過ぎるとアレルギー対応ができない場合があります。予めご了承ください。)