**食物アレルギー対応調査シート**

提出日**：**平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名及び  記入者氏名・連絡先 | 団体名**：** | 記入者氏名**：** |
| 連　絡　先**：**℡　　　　　　　　　　／ fax | |
| 施設ご利用期間 | 平成　　　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。

※　服薬等については、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。

※　該当者が２名以上の場合、上記団体名の記載は１枚目のみで結構です。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| アレルギー  該当者 | (フリガナ) |  |  | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　名 |  |  | 年齢 | 歳 |
| 緊急連絡先： | | | | |
| 食堂での食事対応：　　希望する　　・　希望しない | | | | |

※　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 | １．卵　　　　２．乳　　　　３．えび　　　　４．かに  ５．小麦　　　６．そば　　　７．ピーナッツ（落花生）  ８．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**：**平成　　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） |  |