給食による食物アレルギー調査票

この調査票は、食物アレルギーがある場合にのみご提出願います。
アレルゲンの摂取により呼吸困難，湿疹等ひどい症状が生じる方につきましては、事前アンケートを行い、可能な限り対応したいと考えています。ご協力をお願いします。

施設名：　　利用予定日：令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日

児童名：　　男・女　　生年月日：令和　　年　　月　　日（　　歳）

保護者：　　電話番号　　－　　－

自宅・父携帯・母携帯・その他（　　）

1　希望する対応に○をつけてください。

ア）特に対応はいらない

イ）次の「2」にあげた食品の代替食・除去食を希望する。

2　主にアレルギーの原因となる食べ物は何ですか？
《例：たまご、牛乳、そば、ピーナッツ、カニ、エビ、サバ　など》

3　食べさせてはいけない（食べられない）加工食品をお書きください。
できるだけ詳しくお願い致します。
《例：マヨネーズ、フライの衣、カレールウ、ウインナー、ちくわ　など》

4　アレルギーの症状をお書きください。

別紙「アレルギー疾患生活管理指導表（食物アレルギー・アナフィラキシー）」を医療機関より記入してもらい、必ず提出してください。