

食物アレルギーの有無に変わらず、二重枠内   は必ずご記入ください。

食物アレルギーをお持ちの場合、当日のメニューに関係なく必要項目すべてについてご記入ください。

この用紙は、入所の3週間前 必着でご返送ください。

北九州市立もじ少年自然の家

## 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	団 体 名：	記入者氏名：
施設ご利用期間	連 絡 先：TEL                      / FAX	
アレルギー該当者	令和      年      月      日（      ）～      月      日（      ）	
	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、ご記入ください。
- ※ 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いません。
- ※ 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			組	年齢
	緊急連絡先：				
	食堂での除去食対応：      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。

アレルギー食品名	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. くるみ 9. 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）	