

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。

様式 1

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1カ月前 必着で 下記までご返送ください。

〒801-0812 北九州市門司区大字喜多久 784-1 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： 2024年 4月 8日

団体名及び 記入者氏名・連絡先	団体名：(例) ABC 子ども会 連絡先：TEL 連絡がとりやすい番号 / FAX 000-0000	記入者氏名：いさんだ 太郎
施設ご利用 期間	2024年 5月 11日(土) ~ 5月 12日(日)	
アレルギー該当者	あり (2 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。
- ※ 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)	モジ ジロウ	性別	男 ・ 女	
	氏 名	もじ 次郎		1 組	年齢
	緊急連絡先： 000-0000-0000				
	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 (ゴマ) ※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 (つなぎもマヨネーズも食べられない・ゴマのエキスも食べられない) えび・かにの微量混入は食べられる。				
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：(卵) 発症年月： 2012年 10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 (薬品名・用法・用量 など)				
	2. 自己注射 (エピベン®)				
	3. その他 (すぐに連絡がほしい。)				
連絡事項 (原因食物を喫食した 場合の症状等)	口の中のかゆみ・嘔吐。食べるのをやめ、安静にする。				