

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： 連絡先：TEL	記入者氏名： / FAX
施設ご利用期間	令和 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		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. カシューナッツ 10. 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)	