

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： ●年 ▲月 ■日

団体名及び 記入者氏名・連絡先	団体名：(例) ABC子ども会	記入者氏名：いさんだ 太郎
施設ご利用 期間	●年 ▲月 ■日(◆) ~ ▲月 ■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 シロウ	性別	男・女	
	氏名	もじ 次郎	1組	年齢	10 歳
	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. カシューナッツ 10. 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：●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 (薬品名・用法・用量など) 2. 自己注射 (エピペン®) 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。