

食物アレルギー事前確認票

ページ数

いただいた個人情報は、食物アレルギー等の食材の除去対応の目的以外には利用致しません。

提出先FAX: 0265-96-2175

1. 対象者情報

団体名	
団体責任者氏名	
連絡先	
ご利用期間	

2. 対応方法について

ウェブサイト掲載の「アレルギー表」「食物アレルギー対応について」をご確認の上、下記表に、食物アレルギー対応者情報と、(A)・(B) いずれかのご希望対応をご記入ください。

レストランでは調理・提供時のコンタミネーションの可能性がございます。ごく微量の摂取にて、アナフィラキシーショック等、重篤な症状を起こす可能性のある方は、万が一の事態を考慮し、(B)の持ち込み対応を頂きますよう、お願いいたします。上記の場合は、「食物アレルギー事前確認表」をご提出の上、事前にご相談ください。

(A) 自己除去

食物アレルギーについてのご相談は、下記食堂窓口までご連絡ください。

(B) 持ち込み対応

食堂TEL: 0265-96-2171 (受付時間 午前9時～午後17時)

※ 食堂のご利用人数に応じて、提供方法を変更させて頂く場合がございます。

その場合は、事前に団体責任者の方にアレルギー対応の方法をご相談させていただきます。

	氏名	性別	年齢	食物アレルギー			対応	アナフィラキシーショック等、重篤な症状を起こす可能性はありますか	エビベン処方薬を所持していますか	記載の内容は学校生活管理指導表と一致していますか。	備考
				アレルギー食材							
例)	青少年 太郎	男	14	たまご	ごま		A	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい 不明	
1								いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい 不明	
2								いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい 不明	
3								いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい 不明	
4								いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい 不明	
5								いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい 不明	
6								いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい 不明	
7								いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい 不明	
8								いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい 不明	
9								いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい 不明	
10								いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい 不明	

別紙「食物アレルギーの対応について」を確認の上、上記記載事項に同意します。

令和__年__月__日

団体責任者名 _____