

食物アレルギー事前確認票

記入日 令和 年 月 日

栄養士より確認の連絡をさせていただきます 平日9:30~15:15 (TEL:080-6386-1633)

1、利用者情報

利用日	令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()		
団体名		保護者名	印
ふりがな		保護者アドレス	
研修者名		保護者 連絡先	平日9:30~15:15の中で電話が可能な時間帯をご記入下さい (連絡可能時間: 携帯: その他: ※事前確認票についての確認の連絡は携帯にさせていただきます
栄養士より確認の連絡をさせていただきます 平日9:30~15:15 (TEL:080-6386-1633)			

2、アレルギーについて

アレルギーがある食材に○をつけて下さい(エキスも不可の場合は右側に○をつけて下さい)												
7大アレルギー	食材名	本体のみ	エキス不可	食材名	本体のみ	エキス不可	食材名	本体のみ	エキス不可	食材名	本体のみ	エキス不可
	小麦			卵			乳			そば		
	落花生			えび			かに					
その他のアレルギーを引き起こす食材を右側にご記入ください(特定原材料21品目)	本体のみ・エキスも不可											
症状												
アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか												<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい
エピペンの持参はありますか												<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい
コンタミネーションは避ける必要がありますか												<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい
揚げ油、食器、器具等は通常食と同じものを使用します。避ける必要がありますか												<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい
上記4項目で1つでも【はい】にチェックがある場合は 対応不可 とさせていただきます												

コンタミネーション・アナフィラキシーショック等の重篤な症状を引き起こす可能性がある、除去食品が多数ある場合は当調理場での調理及び食事の提供は致しかねますのでご了承ください(対応は③とさせていただきます※別紙食物アレルギーの対応について)

3、除去・代替食をご希望の方はご記入ください

利用日	区分	対象メニュー	対象食品	除去食品	代替食希望
/	昼食				
	夕食				
/	朝食				
	昼食				
	夕食				
/	朝食				
	昼食				
	夕食				
備考					

食物アレルギーの対応について

食物アレルギーをお持ちのご利用者様には、出来る範囲での対応をさせていただきます。以下の点についてご理解とご協力をお願い申し上げます。

1、医師の診断を受けた方のみ対応いたします

2、食物アレルギーについては、特定原材料7品目と特定原材料21品目のみ対応いたします。(利用期間中のメニューやアレルギーについては、むかばき青少年自然の家HP内の食事メニュー・野外炊飯メニュー・弁当メニューを必ずご確認の上、食物アレルギー調査票の記入をお願いします)

3、**コンタミネーション・アナフィラキシーショックなど重篤な症状を引き起こす可能性のある方、除去食品が多数ある方は万が一の事態を考慮して当調理場での調理及び食事の提供は致しかねますのでご了承ください。**(一部既製品を使用している関係上、当社では把握できない工場での製造工程にて微量のアレルギー物質が混入してしまう可能性がある為)

※コンタミネーションとは、生産する際に原材料として使用していないにもかかわらず、アレルギー物質が微量混入してしまう場合があること

4、基本的な対応

① 通常食	通常メニューを食べる・自身の判断で除去をして食べる
② 除去・代替食※1	食物アレルギー調査票にて依頼のあった食品のみ除去・代替で提供する
③ 持ち込み ※2	自身で用意した弁当等を食べる(調理場内冷蔵庫で保管し、自身で加熱対応する)

※1 「除去」:料理の依頼のあった食材のみ除去 「代替」:料理自体をアレルギーの無い別の料理に変更
(一部既製品を使用しているため除去を選択された場合でも代替になる場合がございます)
※2 上記2、に該当される方、アレルギー調査票の2、アレルギーについての4項目に1つでも【はい】のある方は当調理場での調理及び食事の提供は致しかねますので全食③持ち込みをご選択ください
※2 お預かりした弁当等は保管のみ行い、開封・加熱はご自身で行っていただきます(持ち込みの弁当等に関する責任は一切負いかねますのでご了承ください)

5、その他

- ① 宗教・主義信条等の理由により食べられない食材がある場合も別紙食物アレルギー調査票に記入をお願いします。(症状の欄に宗教・主義信条が理由と記入してください)
- ② 食物アレルギーの対応は健康上の影響が理由の場合のみ対応いたします。好き嫌いについては対応いたしかねますのでご了承ください。

6、注意事項

- ① **書類提出の期限を過ぎた場合は一切対応いたしかねますのでご了承ください。**
- ② 製造ラインにおけるアレルギーの除去に関しては対応いたしかねます。
- ③ 当社が使用している海産物はえび、かにを摂取している可能性があります。

【記入例】食物アレルギー事前確認票

記入日 令和 年 月 日

栄養士より確認の連絡をさせていただきます 平日9:30~15:15 (TEL:080-6386-1633)

1、利用者情報

利用日	令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()				
団体名	むかばき小学校	保護者名	行藤 太郎 印		
ふりがな	むかばき はなこ	保護者アドレス	〇〇〇〇@〇〇〇〇		
研修者名	行藤 花子	保護者連絡先	平日9:30~15:15の中で電話が可能な時間帯をご記入下さい (連絡可能時間: 12:30~13:30) 携帯:090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 その他:0982-〇〇-〇〇〇〇 ※事前確認票についての確認の連絡は携帯にさせていただきます		
栄養士より確認の連絡をさせていただきます 平日9:30~15:15 (TEL:080-6386-1633)					

2、アレルギーについて

アレルギーがある食材に○をつけて下さい(エキスも不可の場合は右側に○をつけて下さい)												
7大アレルギー	食材名	本体のみ	エキス不可	食材名	本体のみ	エキス不可	食材名	本体のみ	エキス不可	食材名	本体のみ	エキス不可
	小麦			卵	○		乳			そば		
	落花生			えび	○		かに					
その他のアレルギーを引き起こす食材を右側にご記入ください(特定原材料21品目)	本体のみ・エキスも不可											
症状	卵・・・身体のかゆみ えび・・・のどのかゆみ(加熱していれば食べられます)											
アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか												<input checked="" type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい
エピペンの持参はありますか												<input checked="" type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい
コンタミネーションは避ける必要がありますか												<input checked="" type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい
揚げ油、食器、器具等は通常食と同じものを使用します。避ける必要がありますか												<input checked="" type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい
上記4項目で1つでも【はい】にチェックがある場合は 対応不可 とさせていただきます												

コンタミネーション・アナフィラキシーショック等の重篤な症状を引き起こす可能性がある、除去食品が多数ある場合は当調理場での調理及び食事の提供は致しかねますのでご了承ください(対応は③とさせていただきます※別紙食物アレルギーの対応について)

3、除去・代替食をご希望の方はご記入ください

利用日	区分	対象メニュー	対象食品	除去食品	代替食希望
4月1日	昼食	厚焼き玉子	卵	卵	希望する
	夕食	エビフライ	えび	なし	希望しない
/	朝食				
	昼食				
	夕食				
/	朝食				
	昼食				
	夕食				
備考					