食－様式２

**※食物アレルギーの有無に関わらず、**「食物アレルギー対応調査シート（団体別）」は、

**必ずご記入**ください。

**※食数の変更**は、「利用開始日の5日前」まで可能です。(大人数の変更は対応できません)

　人数が増える場合は、**再度アレルギーの有無**をお知らせください。

　　利用開始日の**2週間前まで**に、必ずご提出ください。

高知市工石山青少年の家

食物アレルギー対応調査シート（団体別）

提出日：令和　　年　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体名 |  | 記入者氏名 |  |
| 施設利用期間 | 令和　　年　　　月　　　日（　　）～　　　　日（　　） | | |
| アレルギー該当者 | なし　・　あり　（　　名） | | |
| ※　**「あり」の場合のみ、「対応調査シート（個人別）」にご記入**ください。 | | |

◆下記の必要項目の記入につきましては、次の内容をご確認ください。

●　食べる（飲む）ことによりアレルギー反応が起きる食材をすべて教えてください(油・調味料を含む)。

●　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。

●　服薬等については、こちらで用意または管理はしておりません。

●　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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者 | 施設長 | 調理業者 | 施設長 |
|  |  |  |  |
| 日付： | 日付： | 日付： | 日付： |

食物アレルギー対応調査シート（個人別）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体名 |  | 記入者氏名 |  |
| 連絡先 | 電話： | FAX： | |
| 施設利用期間 | 令和　　年　　月　　　日（　　　）～　　月　　　日（　　　） | | |



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| アレルギー  該当者 | フリガナ |  | 性別 | 男性　・　女性 |
| 氏名 |  | 年令 | 歳 |
| 該当者の緊急連絡先 |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| アレルギーの程度 | 軽い　・　重い |
| アナフィラキシー症状の既往 | なし　・　あり　（原因物質：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| アレルギーの症状  （具体的な症状） | ※具体的にご記入ください |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 要望事項  （ご希望・ご意見等） | （記入例）特別な対処は必要ない・本人が判断して食べる…など |

