|  |
| --- |
| **※　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。）****なお、人数が増える場合は、再度、食物アレルギーの有無をお知らせください。****※　本用紙は、利用開始日の２週間前までに、必ずご提出ください。** |

食－様式２

**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）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体名 |  | 記入者氏名 |  |
| 施設利用期間 | 令和　　年　　　月　　　日（　　）～　　　　日（　　） |
| 食物アレルギー該当者（○で囲む） | **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。 |

提出日：　令和　　年　　月　　　日

**■　調査シート（個人別）の必要項目の記入については、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全て（油・調味料を含む）教えてください。※　「調査シート」は、団体の代表者の方が、取りまとめたうえでご提出ください。※　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。 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※ 施設記入欄 |  | 受付者 | 送信枚数 | 調理業者 | 施設長 |
|  |  |  |  |  |
|  | 計 |  |  |

**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（個人別）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体名（事業名） |  | 施設記入 | ※ 施設FAX送信　済 |
| 該当者 | フリガナ |  | 性別 | 男性　・　女性 |
| 氏名 |  | 年令 | 　　 歳（　　年生） |
| 本シート記入者氏名 | 　　　　　　　　　　　　該当者との関係（　　　　　） | 調理業者が内容確認のため連絡しても構いませんか？□　はい　　□　いいえ |
| 問合せ可能な連絡先 | TEL： |

**※「なし」の場合、提出の必要はありません。**

|  |
| --- |
| **アレルゲン食品名　※　該当する項目に〇印を入れて下さい** |
| 卵 | 卵焼きなど、卵が主になる料理 |  | 魚介類 | エビ |  |
| ハンバーグや天ぷらの衣など、少量の卵を使用している料理 |  | カニ |  |
| プリンや焼き菓子など、卵を使用している菓子類 |  | イカ |  |
| 卵が含まれるマヨネーズやドレッシング |  | 魚（種類　 　） |  |
| 卵を使用しているパン |  | だしふし（かつおぶし） |  |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  | ホタテ貝 |  |
| 牛乳・乳製品 | 牛乳 |  | その他（ ） |  |
| ヤクルト・ジョアなどの乳酸菌飲料 |  | 果物類 | キウイ |  |
| パン（脱脂粉乳を少量含む） |  | メロン |  |
| シチューなど、牛乳を使った料理 |  | その他（ ） |  |
| バター・マーガリンなど |  | 肉類 | 鶏肉（鶏ガラでとったスープ） |  |
| チーズ・ヨーグルトなどの乳製品 |  | 豚肉（豚骨でとったスープ） |  |
| プリンや生クリームなど、牛乳やその他の乳製品を使った菓子類 |  | 牛肉 |  |
| その他（　　　　　　　　　　　　　 　　） |  | その他（ ） |  |
| 小麦 | 麺類 |  | 豆類 | 大豆を使った料理 |  |
| 小麦粉を使ったパン・菓子・料理 |  | 豆腐・油揚げ・厚揚げなど大豆製品 |  |
| カレールウなど |  | みそ・しょうゆなど調味料 |  |
| しょうゆなどの調味料 |  | 大豆油のサラダ油 |  |
| その他（　　　 ） |  | その他（　　 ） |  |
| 種実類 | ピーナッツ |  | 野菜類 | たけのこ |  |
| アーモンド |  | サトイモ |  |
| その他（ 　　） |  | その他（ ） |  |
| ソバ |  | 表示食品以外（　 　） |  |
| ごま |  |
| 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 |