

別添3

大分県立九重青少年の家 食堂業務担当

送信日()年()月()日

(社名)

(連絡先)

食物アレルギー調査票

※本用紙は食物アレルギーのある方のみご提出ください

◇利用日 令和 年 月 日 ~ 日

◇団体名 _____

◇本人氏名 _____ 幼児食希望() (自宅電話)()- -

◇保護者氏名 _____ (携帯電話)()- -

注 アレルギー対応食については、乳製品・小麦・卵・エビ・カニ・そば・落花生・くるみ・カシューナッツの9品目を除いた献立となります。上記9品目以外の対応については、栄養士とご相談ください。可能な限りの提供となります。なお、対応食が提供できないこともあります。その場合には利用者で準備していただくことになります。調理品の保管についてはご相談ください。

1 どの食物にアレルギーがありますか？

上記9品目のうち該当する食材

上記9品目以外に該当する食材

2 アレルギー症状が出た場合、どのような症状をおこしますか？

3 エピペンを処方されていますか。

はい いいえ

4 その他ご質問等があればご記入ください。

(アレルギーの程度や状態によって飲食可能か否か等)

弊社使用欄	
センター	厨房
指示事項	
指示事項	
指示事項	

※必ず保護者の方がご記入頂き担当者の方が集約してFAXしてください。

※この用紙については弊社で2週間保管後シュレッダーにて廃棄処理致します