

食物アレルギー確認票 1 (個人別確認) ※食物アレルギー対応を必要とする利用者は1人1枚提出してください。

(1) 食物アレルギー該当者(個別対応希望者)

| | |
|----------|-------------------|
| 団体名 | |
| 利用期間 | 月 日 () ~ 月 日 () |
| 名前(フリガナ) | |

(2) 詳細についての確認する際の連絡先

| | | | |
|---------|--|-----|-----|
| 担当者 | | 連絡先 | TEL |
| 保護者(任意) | | 連絡先 | TEL |

①食堂利用にあたり希望する対応はどれに当てはまりますか？ 除去食(そのもの) 完全除去(少量・エキスまで)

②食物アレルギーによってアナフィラキシーショックを引き起こした事がありますか？ あり なし

③食物アレルギーの投薬・エピペンは普段から持参されていますか？ あり なし

(3) 対象アレルギーと摂取した場合の主な症状、必要な対応にチェックを付けてください。その他のアレルギーの方はご記入ください。

【アレルギー食材】 除去・食べていないものにチェック！(食堂で扱うもののみ記載しています。)

| アレルギー | 主な症状 | 必要な対応 | アレルギー | 主な症状 | 必要な対応 |
|-------|------|---|----------------------------------|------|--|
| 卵 | | <input type="checkbox"/> そのものの除去 (オムレツ・厚焼き玉子など) | エビ・カニ (甲殻類) | | <input type="checkbox"/> そのものの除去 (しらすも含む) |
| | | <input type="checkbox"/> 完全除去 (ハンバーグ・ミートボール・など) | | | <input type="checkbox"/> 完全除去 (一食海苔も含む) |
| | | <input type="checkbox"/> コントラミ除去 (パン・てんぷら粉など該当) | | | <input type="checkbox"/> コントラミ除去 (ふりかけ・ハムカツなど該当) |
| 乳 | | <input type="checkbox"/> そのものの除去 (ヨーグルト・チーズなど) | イカ | | ※しらすに混入している場合があります。 |
| | | <input type="checkbox"/> 完全除去 (乳成分・加工品・調味料など) | タコ | | ※しらすに混入している場合があります。 |
| | | <input type="checkbox"/> コントラミ除去 (パン・てんぷら粉など該当) | 魚卵 | | ※しらすに混入している場合があります。 |
| 小麦 | | <input type="checkbox"/> そのものの除去 (パン・麺・からあげなど) | 大豆 | | <input type="checkbox"/> そのものの除去 (豆腐・豆乳・味噌など) |
| | | <input type="checkbox"/> 完全除去 (醤油・コンソメ・加工品など) | | | <input type="checkbox"/> 完全除去 (大豆油・たれ・ドレッシングなど) |
| | | <input type="checkbox"/> コントラミ除去 | | | <input type="checkbox"/> コントラミ除去 |
| 貝類 | | ※カキ以外の貝の提供なし | 牛肉 | | <input type="checkbox"/> そのものの除去食 (加工品・ミートソースも) |
| | | <input type="checkbox"/> 完全除去 (オイスターソース・エキスなど) | | | <input type="checkbox"/> 完全除去 (牛だし・タレ・牛脂など) |
| | | <input type="checkbox"/> コントラミ除去 | | | <input type="checkbox"/> コントラミ除去 |
| ごま | | <input type="checkbox"/> そのものの除去 (ごまあえ・ふりかけなど) | 豚肉 | | <input type="checkbox"/> そのものの除去 (加工品・ウインナーなど) |
| | | <input type="checkbox"/> 完全除去 (ごま油・ぎょうざ・タレなど) | | | <input type="checkbox"/> 完全除去 (カレールウ・ゼラチンなど) |
| | | <input type="checkbox"/> コントラミ除去 | | | <input type="checkbox"/> コントラミ除去 |
| 白身魚 | | 種類 () | 青魚 | | 種類 () |
| | | <input type="checkbox"/> そのものの除去 () | | | <input type="checkbox"/> そのものの除去 () |
| | | <input type="checkbox"/> 除去 (練り物・加工品・ふりかけなど) | | | <input type="checkbox"/> 除去 (練り物・加工品・ふりかけなど) |
| | | <input type="checkbox"/> 完全除去 (出汁・エキス・白身魚すべて) | | | <input type="checkbox"/> 完全除去 (出汁・エキス・青魚すべて) |
| | | <input type="checkbox"/> コントラミ除去 | | | <input type="checkbox"/> コントラミ除去 |
| その他 | | 種類 () | | | (例) 山芋 |
| | | <input type="checkbox"/> そのものの除去 () | | | (例) そのものの除去 (お好み焼きなど) |
| | | <input type="checkbox"/> 完全除去 (加工品・エキス・調味料も) | <input type="checkbox"/> コントラミ除去 | | (例) 完全除去 (カレールウなど) |

(4) 対応についてご相談・お困りの方はこちらに記入をお願いします。

《

》

※備考

「除去食」とは・・・アレルギーそのもの(卵焼き・エビフライ等)を除去・代替します。
 「完全除去」とは・・・アレルギーを含むすべての食品(マヨネーズ・エキス等)も除去・代替します。
 「コントラミ除去」とは・・・製造元で付着の恐れがあるものも除去・代替します。

コンタミネーションについて・・・卵・乳・エビ・カニについては、製造元で該当するものを記載しています。
 食堂(れすとらん七浦)では、そば・ナッツ類すべて・生果物は一切使用していません。
 また、ウインナー・ベーコン・かまぼこ・中華麺・野菜コロッケ・てんぷら粉には卵を含まないものを使用しています。

厨房からの注意事項・・・調理機器(フライヤーや回転釜・スチームコンベクション)・調理器具(鍋やお玉・箸など)・食器など洗浄したあと、清潔状態にしますが、同じものを使用します。
 除去・代替食での対応が難しい場合、お弁当の持参をお願いすることがあります。

- ◆ 保護者の方よりお弁当持参を希望される方は個別確認票の提出はありません。
- ◆ 本件にかかる個人情報は、本件以外には使用しません。

《施設側記入欄》

食物アレルギー確認票2 (団体確認一覧)

| | | | |
|--|------------------------|------|--|
| 団体名 | | 担当者名 | |
| 利用期間 | 令和 年 月 日 () ~ 月 日 () | | |
| 食物アレルギーを持った利用者が () 人います。 (※食物アレルギーを持った利用者がある場合は人数もご記入ください) | | | |

【記入例】

| No. | 氏名 (ふりがな) | 性別 | アレルゲン (食材) | 主な症状 | 対応 | 確認・相談先 |
|-----|-------------------|----|------------|-------------|-------------------------------|-------------------|
| 1 | あしきた たろう 芦北 太郎 | 男 | 魚類・エビ | 蕁麻疹 呼吸困難 | 除去食 (コンタミはOK) 完全除去・コンタミもNG | 保護者・病院 その他 () |
| 2 | とよの はなこ 豊野 花子 | 女 | 卵・乳 | 蕁麻疹 | 除去食 (コンタミはOK) 完全除去・コンタミもNG | 保護者・病院 その他 () |
| 3 | きくち さぶろう 菊池 三郎 | 男 | エビ | 呼吸困難 | 除去食 (コンタミはOK) 完全除去・コンタミもNG | 保護者・病院 その他 () |
| 4 | さしみ のどか 佐敷 和花 | 女 | 肉類すべて | 宗教上 | 除去食 (コンタミはOK) 完全除去・コンタミもNG | 保護者・病院 その他 () |

| No. | 氏名 (ふりがな) | 性別 | アレルゲン (食材) | 主な症状 | 対応 | 確認・相談先 |
|-----|-----------|----|------------|------|-------------------------------|-------------------|
| 1 | | | | | 除去食 (コンタミはOK) 完全除去・コンタミもNG | 保護者・病院 その他 () |
| 2 | | | | | 除去食 (コンタミはOK) 完全除去・コンタミもNG | 保護者・病院 その他 () |
| 3 | | | | | 除去食 (コンタミはOK) 完全除去・コンタミもNG | 保護者・病院 その他 () |
| 4 | | | | | 除去食 (コンタミはOK) 完全除去・コンタミもNG | 保護者・病院 その他 () |
| 5 | | | | | 除去食 (コンタミはOK) 完全除去・コンタミもNG | 保護者・病院 その他 () |

〈 ご記入いただくにあたって 〉

- ※1 アレルギー食の対応/確認・相談先はいずれかに○をお願いします。
(食堂では生食・生乳の提供はありません。)
- ※2 「除去食」とは・・・アレルゲンそのものを除去・代替します。⇒コンタミOK (製造ラインが同じ・調理器具など同じ)
「完全除去」とは・・・アレルゲンを含むすべての食品を除去・代替します。
「コンタミもNG」とは・・・製造元で付着の恐れがあるもの・調理器具が同じであれば洗浄していても食べる事が難しい場合を指します。
⇒コンタミネーションのものは気にせず食べている方は○は不要です。
対応の詳細については、別紙「食物アレルギー確認票1」も併せてご確認ください。
- ※3 食堂ではそば・ナッツ類すべて・生果物の提供はありません。
上記のアレルゲンの方は記入はいりません。
- ※4 宗教上食べられないものがある方、何か闘病中で食事変更が必要な方も「アレルゲン (食材)」の欄に記入をお願いします。主な症状の欄に理由または病名を記載してください。

- ◆詳細について食堂から担当者へ直接連絡致します。
ご都合が合いやすい時間帯を記載してください。(: ~ :)土・日・祝日は控えさせていただきます。
- ◆この表に記入された利用者が食事をする際には、当日、食堂で確認をしてください。食堂の職員からどのような対応をしているかについて説明を致します。
(当日は食事利用の10分前に、本人と引率者で食堂にお越しください。)
- ◆本票にて事前に申告されていない食物アレルギーについては、代替食等の対応ができません。
◆枠が不足する場合は、この用紙を複数枚使用し、用紙右上の四角欄に枚数をご記入ください。