

食物アレルギー確認票（※アレルギーの有無にかかわらず、必ず提出してください。）

熊本県立菊池少年自然の家

団体名		記入者名	
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 います。 / いません。 （※どちらかに○をつけてください。）			
合計			人

【記入例】

No.	氏名	性別	アレルゲン（食材）	主な症状	程度（対応）	確認・相談先
1	芦北 太郎	男	卵	蕁麻疹	生食は不可 つなぎでの使用、及び火が通してあるものは可	保護者・病院 その他 ()
2	豊野 花子	女	そば	呼吸困難	完全除去が必要	保護者・病院 その他 ()
3	菊池 三郎	男	エビ	蕁麻疹	除去すれば、食べられる	保護者・病院 その他 (学校)

No.	氏名	性別	アレルゲン（食材）	主な症状	程度（対応）	確認・相談先
1						保護者・病院 その他 ()
2						保護者・病院 その他 ()
3						保護者・病院 その他 ()
4						保護者・病院 その他 ()

◆枠が不足する場合は、この用紙をコピーしてください。

◆アナフィラキシー・ショックなど特に症状が重篤な方については、この票への記入だけでなく、必ず菊池少年自然の家まで直接ご相談ください。（0968-27-0066）

◆この票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。

◆本票にて事前に申告されていない食物アレルギー及び、申告されたものについても程度によっては代替食等の対応ができません。

【メモ】（※施設職員使用欄）

食物アレルギー確認票（※アレルギーの有無にかかわらず、必ず提出してください。）

熊本県立菊池少年自然の家

団体名	菊池小学校	記入者名	菊池 太郎
利用期間	令和 2年 4月 15日（水）～ 4月 17日（金）		
食物アレルギーを持った利用者が <u>います。</u> / いません。 （※どちらかに○をつけてください。）			
合計			1 人

【記入例】

No.	氏名	性別	アレルゲン（食材）	主な症状	程度（対応）	確認・相談先
1	芦北 太郎	男	卵	蕁麻疹	生食は不可 つなぎでの使用、及び火が通してあるものは可	<u>保護者</u> ・病院 その他（ ）
2	豊野 花子	女	そば	呼吸困難	完全除去が必要	保護者 <u>・病院</u> その他（ ）
3	菊池 三郎	男	エビ	蕁麻疹	除去すれば、食べられる	保護者・病院 <u>その他</u> （学校）

No.	氏名	性別	アレルゲン（食材）	主な症状	程度（対応）	確認・相談先
1						保護者・病院 その他（ ）
2						保護者・病院 その他（ ）
3						保護者・病院 その他（ ）
4						保護者・病院 その他（ ）

◆枠が不足する場合は、この用紙をコピーしてください。

◆アナフィラキシー・ショックなど特に症状が重篤な方については、この票への記入だけでなく、必ず菊池少年自然の家まで直接ご相談ください。（0968-27-0066）

◆この票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。

◆本票にて事前に申告されていない食物アレルギー及び、申告されたものについても程度によっては代替食等の対応ができません。

【メモ】（※施設職員使用欄）