

# 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。）

団体名		記入者名	
期日	月 日 ( ) ~ 月 日 ( )		
食物アレルギーを持った利用者が います。( ) 名 / いません。			
(※どちらかに○をつけてください。)			

No.	氏名	性別	アレルゲン (食材)	主な症状
1	職員チェック□ アレルギー対応 有□ 無□			※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2	職員チェック□ アレルギー対応 有□ 無□			※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3	職員チェック□ アレルギー対応 有□ 無□			※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4	職員チェック□ アレルギー対応 有□ 無□			※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※氏名欄のチェック欄につきましては、自然の家職員にてチェックを入れさせていただきます。

※連絡先は、アレルギーの症状等について、必要に応じて連絡・相談させていただきます。

※本票にて事前に把握でき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用紙をコピーして使用してください。