

# 食物アレルギー調査票

由宇青少年自然の家レストラン

団体名 ふれパク子ども会

利用者名 銭壺 太郎

由宇青少年自然の家レストランでの食事について、アレルギーの対応が必要な方はご記入ください。

1 食物アレルギーの原因となる食物と摂取後に起こる症状の程度等についてご記入ください

食物名	量	食した時の症状	家庭での対応
乳製品	<input checked="" type="checkbox"/> 微量の混入も不可 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 少量・ある程度の量 (具体的な量 )	蕁麻疹 のどのかゆみ	<input checked="" type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮をしていない <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 微量の混入も不可 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 少量・ある程度の量 (具体的な量 )		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮をしていない <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 微量の混入も不可 <input type="checkbox"/> 微量の混入は可 <input type="checkbox"/> 少量・ある程度の量 (具体的な量 )		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 本人除去 <input type="checkbox"/> 特に配慮をしていない <input type="checkbox"/> その他 ( )

2 現在除去中の食物はありますか

いいえ はい (食物名 )

※利用の2週間前までにご提出ください。

担当の管理栄養士より連絡しますので、**連絡担当者**の連絡先をご記入ください。

名前 (連絡担当者)	銭壺 花子	電話番号	0827-63-1513
------------	-------	------	--------------

連絡可能日時、時間帯等ご記入ください