

食物アレルギー調査表

団体名 _____

本調査票は、食物アレルギーを持つ方がご飲食される場合に食の安全性を確保するための資料とすることを目的としています。その他の目的に使用することは一切ございません。また、本調査票は個人情報の取り扱いに留意の上、責任を持って保管・処分等以上の個人情報取り扱い条件にご同意の上、本調査票にご記入下さい。

内容を確認させていただいた上で、当施設での対応可否を含めご相談させていただきますので、あらかじめご了承下さいますようお願い致します。

ふりがな		性別		お電話番号	
お名前		年齢		ご家族連絡先	
記入者				FAX番号	

○アレルギーの状況についてお知らせ下さい。

※ 原因食品にチェックし、それぞれの症状(呼吸器症状、消化器症状、皮膚症状、等)をご記入下さい。

チェック	原因食品	症状

○今までにアナフィラキシーショックを起こしたことがありますか？

はい ・ いいえ

○エピペンを処方されていますか？

はい ・ いいえ

○ご家庭では、アレルギーの原因食品に対し、どのように対応されていますか？

※ 完全除去しているのか、少しは食べているのか、等をお知らせ下さい。

--

<当施設使用欄>

ご利用日	ご利用情報	受付日	受付者