

食物アレルギー 事前確認票 (保護者記入用)

むかばき青少年自然の家			
TEL 0982-38-0272	FAX 0982-38-0282	PCアドレス	mukabaki@msg.ac.jp

利用日	年 月 日 ~ 日	PCアドレス	(保護者)
団体名	(年 組)	緊急連絡先	Tel (保護者)
ふりがな	男 女 歳	電話が可能な時間帯 ()	
研修生名	印		

※必須 食物アレルギー対応の有無チェックしてください 対応有り 対応無し

★7大アレルギー★ 該当するアレルギーに○で囲んで下さい。 7大以外のものはカッコ内に記入して下さい。	・小麦 ・卵 ・乳製品・そば・ 落花生・ えび ・かに []	症状	
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	ない	ある (いつ頃 歳)	
内服薬の持参はありますか	ない	ある	
エピペンの持参はありますか	ない	ある	

希望対応について 選択してください。 (A,B,Cに○印を記入)	A. 通常メニューのまま 自己判断で食べられる	B. 除去・代替希望 材料の一部を除去・代替 ↓ 除去・代替食の表に 希望対応を記入	C. 持参品対応 食堂の冷蔵庫・冷凍庫で保管と加熱対応を希望する。 ※持参品対応につきましては別紙記入用紙をお送りします。
--	--------------------------------	--	---

B.除去・代替希望をご希望される方は、下表にご記入ください。

※ただし、重篤なアレルギー症状を起こす可能性のある方や、除去食品が多数ある時の対応は難しい場合がございます。

利用日	食事区分	食べれないメニュー名	除去希望	代替食希望
/	昼食			
	夕食			
/	朝食			
	昼食			
	夕食			
/	朝食			
	昼食			
	夕食			
/	朝食			
	昼食			
	夕食			
連絡事項				