

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 | | | | |