食物アレルギー個別確認票

提出日：平成　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| ■「食物アレルギー調査票」で，「特別対応」が必要な方はご記入の上，利用の1カ月前までに，食堂に直接ご提出ください。■詳細について，レストランから直接，ご連絡させていただきます。ついては，ご連絡先について，「団体」様なのか，「当人の保護者」なのかをご記入ください。■可能な限り対応させていただきますが，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い方は，やむを得ず対応できない場合がありますのでご了承ください。■本件にかかる個人情報は，本件以外には使用いたしません。 |

１．当人の確認

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 利用日 | 月　　日　～　　　月　　日 |
| 当人の氏名 |  |

２．詳細について確認する際の連絡先

（１）団体の場合

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名 |  |
| 担当者連絡先 | TEL |  | FAX |  |

（２）保護者等の場合

|  |  |
| --- | --- |
| 保護者等氏名 |  |
| 保護者等連絡先 | TEL |  | FAX |  |

３．特別対応の内容と食物アレルギー情報

|  |  |
| --- | --- |
| 特別対応の内容 | 代替食　取り置き　持参　その他（　　　　　　　　　　） |
| 対象アレルゲン〇をつけてください | 小麦 ・ 卵 ・ 乳 ・ そば ・ 落花生 ・ えび ・ かにその他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 症　　　　　状 |  |
| 症状が出るまでの時間 |  |
| アナフィラキシーショックを起こしたことがあるか | ない・ある→いつ頃（　　　　　　） |

４．食物アレルギーの原因食品の除去範囲

|  |  |
| --- | --- |
| 除去する食品 | その食物アレルギー中でも食べられる食品 |
|  |  |

５．その他，ご意見・ご要望等がございましたらご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| ＜連絡先＞　ユーレストジャパン株式会社　店長TEL　０８３５－５６－１３００　FAX　０８３５－５６－１３３５ |