

提出日: 年 月 日

- 詳細について、食堂から直接、ご連絡させていただく場合がございます。
「保護者」のご連絡先をご記入ください。
- アナフィラキシーやエピペン所持など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、安全を第一に考えましてお食事のご提供を控えさせていただいております。予めご了承ください。
- 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	ポン太グループ		
利用日	2024/7/1	～	2024/7/3
当人の氏名	△△	□□	

2. 詳細について確認する際の連絡先

保護者等氏名	△△ ◇◇		
保護者等連絡先	TEL	000-0000-0000	FAX 0000-00-0000

3. 特別対応の希望と食物アレルギーの情報 ※当てはまる事項に「○」をつけてください。

- ・「普通食」 … 当人が、普通食を取り分けることを希望する。
- ・「除去」 … 食堂が、事前に普通食からアレルギー食材を除去した食事の提供を希望する。
- ・「代替食」 … 食堂が、アレルギー食材以外で調理した食事の提供を希望する。
- ・「持参」 … 当人が、代替食材や弁当を持参することを希望する。

特別対応の内容	持参		
対象アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 小麦	<input checked="" type="checkbox"/> 卵	<input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> くるみ
☑をつけてください	<input type="checkbox"/> その他 ()		
症状	じんましん、息切れ、嘔吐		
揚げ油には様々な食材が混入しております。除去は必要ですか。	除去希望		
※揚げ油を除去希望の際は代替をご用意させていただきます。			
コンタミネーションは避ける必要はございますか。	はい		
症状が出るまでの時間	摂取後、数分後に症状があらわれる		
アナフィラキシーショックの経験	<input type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> ある	→ いつ頃 (小学校2年)
エピペンの所持	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	

4. 食物アレルギーの原因食品の除去範囲

除去する食材	その食物アレルギー中でも食べられる食品
例) 卵・乳	例) マヨネーズ・飲料以外の乳

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。