

食物アレルギー個別確認票

☐ 新規提出
☐ 変更提出

1ヵ月前提出

提出日: 年 月 日

2026.1.19改訂

■ 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。

■ ※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につきましては、
安全を第一に考えお食事のご提供を控えさせていただく場合があります。予めご了承ください。
※2026年4月よりアレルギーに配慮した食事メニューに変更になりました。

■ 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	～
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		FAX

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。

- ・「自己除去」・・・当人が、普通食からアレルギー食材を自分で除去すること希望する。
- ・「代替食」・・・28大アレルギー食材をあらかじめ使用しない代替食の提供を希望する。
- ・「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	<input type="checkbox"/> 自己除去 <input type="checkbox"/> 代替食 <input type="checkbox"/> 持参
対象アレルギー	<input type="checkbox"/> 小麦 <input 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	
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。 <input type="checkbox"/> 除去希望 <input type="checkbox"/> 除去不要	
コンタミネーションは避ける必要はございますか。 <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない (調理コンタミはございます)	
対象アレルギーによるアナフィラキシーショックの経験	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → ※最後にアナフィラキシーショックの症状が出たのはいつですか。(年 月 日)
対象アレルギーのためのエピペンの所持	<input 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。

--

<提出先>コンパスグループジャパン株式会社 店長
TEL:0835-56-1300 FAX:0835-56-1335 メール:32119@compass-jpn.com