

※アレルギーのある方のみ提出してください。

食物アレルギー 調査表

利用日： 年 月 日 ~ 年 月 日

団体名：

本人氏名： (歳)

保護者氏名： 緊急連絡先(携帯) -

食べられない品・材料

(例: 卵・カレーの成分表に入っているだけでもNG、生卵はNG、加熱すればOK。 など)

※出来るだけ詳しく記入してください。

施設での食事の際に希望する対応（該当するものに○をつけてください。）

- 1.完全除去による代替食
- 2.本人が自分で除去
- 3.特に配慮はいらない
- 4.食材を持参する
- 5.その他

アレルギーの症状

アレルギー症状への対応

対応方法	
その他注意点	