

# アレルギー個別対応申込書

## 取り扱い注意

アレルギー対応をご希望の場合は、必要事項をご記入の上、**ご利用の3週間前までに提出**して下さい。  
 ※アレルギー以外でお食事制限のある方(病気の治療・宗教上の理由等)の場合も、こちらのシートをご提出ください。  
 ※提出は団体責任者が取りまとめたうえで、**TSKサービス(株)へ直接ご提出下さい。**

FAX:042-980-7351 電子メール:naguri.g@tsk-service.co.jp

詳細につきましては利用の手引きP18,19の「食物アレルギーについて」のページをご確認ください。

※提出いただいた個人情報は「アレルギー対応の管理のため」のみに使用いたします。

- 対応については、単純に除去するだけでなく、代替食での個別対応を基本原則とします。しかしながら、以下の点につきましてはご了承の上、お申し込みをお願いいたします。
- 掲載情報は、アレルギー症状を発症しないことを確実に保証するものではありません。ご注文にあたっては、ご利用者様による最終的な判断をお願いいたします。
- 他のメニューと同一の厨房で調理しているため、加工または調理の過程において、微量のアレルギー物質が混入する可能性があります。
- 調理、洗浄機などについても、他のものと共通のものを使用しています。

団体名:	団体責任者 (アレルギー連絡担当者)
------	-----------------------

ふりがな (必須)	回答連絡先 電話番号	携帯電話
--------------	---------------	------

氏名	回答FAXまたは メールアドレス
----	---------------------

<b>アナフィラキシーショックの確認</b>  できる限り詳しい状況を 「摂取した時に現れる症状」欄にご記入ください。	<input type="checkbox"/>	起こす	→	<input type="checkbox"/>	食事一式持込みます
	<input type="checkbox"/>	起こさない	→	<input type="checkbox"/>	代替食を希望します
	<input type="checkbox"/>		→	<input type="checkbox"/>	代替食を希望します
	<input type="checkbox"/>		→	<input type="checkbox"/>	通常メニューで提供

アレルギー原因食材	摂取した時に 現れる症状	症状:
直近の発症日	年 月 日頃	<input type="checkbox"/> 常にエピペンを持ち歩いている
かかりつけの病院	普段の対応	<input type="checkbox"/> 微量のコンタミネーションでも症状が出る
病院の電話番号		<input type="checkbox"/> 外食をしたことがない
		<input type="checkbox"/> 給食では弁当を持ち込んでいる
		<input type="checkbox"/> その他( )

利用中のメニューでアレルギーに該当するもの	特記事項
-----------------------	------

月 日	いつ	メニュー	例) 卵は火が通っていれば問題ない。
4月5日	朝食	A: 玉子焼き	

※書類提出後、食堂よりアレルギー対応の返答があります。返答用紙に保護者の方がサインをし、団体代表者がとりまとめて再度TSK(株)へご提出ください。