

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、ご提出下さい。

詳細につきましては利用の手引きP22,23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		
アナフィラキシーショックの確認 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"/> 代替食を希望します
		<input type="checkbox"/> 起こさない	<input type="checkbox"/> 代替食を希望します
			<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 微量のコンタミネーションでも症状が出る <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()	
かかりつけの病院	普段の対応		
病院の電話番号			
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1) 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	例2) 宗教上の理由により。

※【申込後の流れについて】

本書類提出後、食堂TSK(株)よりアレルギー対応の返答が別用紙にて送られてきます。送られて