アレルギー個別対応申込・回答書　　　　　　　　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２週間前までに提出してください。

※アレルギー以外で食事制限のある方（病気の治療・宗教上の理由等）も、こちらのシートをご提出ください。

※提出は参加確認書・同意書と同様に名栗げんきプラザへご提出ください。

・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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主催事業名 | ３/２０（日）名栗の森で自然かんさつ | 事業担当者 | 井上　茂樹 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 回答連絡先携帯電話番号 |  |
| 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。 | [ ] 　起こす | [ ] 　食事一式持込みます |
| [ ] 　代替食を希望します |
| [ ] 　起こさない | [ ] 　代替食を希望します |
| [ ] 　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 | 普段の対応 | [ ]  | 常にエピペンを持ち歩いている |
| かかりつけの病院 |  | [ ]  | 微量のコンタミネーションでも症状が出る |
| [ ]  | 外食したことがない |
| 病院の電話番号 |  | [ ]  | 給食では弁当を持ち込んでいる |
| [ ]  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 利用中のメニューでアレルギーに該当するもの | 回答（食堂記入） |
| 月日 | メニュー |  |
| 4月5日 | A：卵焼き |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※回答内容の承諾 | ご署名：以下記入不要 |  | 食堂担当責任者：高木康博 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 食事 | 夕食 | 朝食 | 昼食 |  | 団体送信 | 事務所確認 |
|  |  |  |  |  |  |
| 受取者 |  |  |  |  |