

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、6月2日(金)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生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。

事業名	孫と作ろう郷土料理 ～つとつことすいとん～	担当者名	栗原 義敬
------------	-----------------------	-------------	-------

該当者名(ふりがな) ※必須		回答連絡先 携帯電話番号	
該当者氏名		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	普段の対応	常にエピペンを持ち歩いている場合 <input type="checkbox"/> 自分で打てる <input type="checkbox"/> 自分で打てない ※自分で打てない場合: 名栗げんきプラザ職員が打っても良いか <input type="checkbox"/> はい →サイン: _____ <input type="checkbox"/> いいえ →対応方法(_____)
かかりつけの病院			<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										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20%;">月日</th> <th style="width: 80%;">メニュー</th> </tr> <tr> <td style="background-color: yellow;">例) 4月5日朝</td> <td style="background-color: yellow;">例) A: 卵焼き</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	月日	メニュー	例) 4月5日朝	例) A: 卵焼き							例) 卵は火が通っていれば問題ない
月日	メニュー										
例) 4月5日朝	例) A: 卵焼き										

※書類提出後、食堂担当者よりアレルギー対応確認の連絡があります。
 食堂からの回答内容を確認後、保護者の方がサインをし、名栗げんきプラザに再度ご提出ください。