

## 食物アレルギーに関する調査票 提出のお願い

梵珠少年自然の家では、食物アレルギーを持つ利用者に対し、アレルゲン(※1)となる食材を除去したり食事を提供したり、代替の食材を使用するなどの対応を行っております。つきましては、食物アレルギーのある方が利用される場合については、【様式1】の「食物アレルギー調査票」に必要事項をご記入願います。食物アレルギーなしの場合は【様式1】の提出は不要です。

なお、次の理由により、食物アレルギーを持つ方に食事の提供が出来ない場合があります。

- ・アレルギー専用調理器具での調理が必要な場合
- ・アレルギー専用調理室での調理が必要な場合
- ・個別のメニューで調理が必要な場合
- ・完全にアレルゲンを除去した食材(アレルギー専用食品)のような、広く流通していない商品・食材を使用する場合

※1 アレルゲン・・・食物アレルギーの原因物質

＊記入例

氏名・アレルゲン	除去の程度	アレルギーの症状		献立への要望	学校給食(保育所等含む)の対応
氏名 ( 梵珠 花子 ) アレルゲン ( 乳 )	<input type="checkbox"/> 調味料等の原材料に含まれた場合も反応する。 <input type="checkbox"/> 自分で除去できる。 <input checked="" type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; margin-top: 5px;">                         自分で除去はできない。                          加熱したものは食べられる。                     </div>	<input type="checkbox"/> 全身に <input checked="" type="checkbox"/> 局所に ( 腕・足 ) <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; margin-top: 5px;">                         こんな症状がある                          じん麻疹がでる。                     </div>	過去にアナフィラキシー症状(※2)を起こしたことが <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input checked="" type="checkbox"/> 事前に献立を知りたい <input checked="" type="checkbox"/> 除去食・代替食を希望する <input type="checkbox"/> 事前の献立のお知らせ及び除去食・代替食は希望しない	<input checked="" type="checkbox"/> アレルギー対応食を食べている <input type="checkbox"/> 食べられないものを自分で除去(アレルゲン表示付き献立表の確認) <input type="checkbox"/> 家庭から持参

※2 アナフィラキシー・・・急性のアレルギー症状。頻脈・血圧低下・ぐったりする・意識症状等、死に至る可能性もある重篤なアレルギー反応

- 利用者ごとに記入してください。
- 1人で複数のアレルゲンを持ち、そのアレルゲンごとに除去の程度等が異なる場合は、記入欄をいくつか使用しても構いません。記入欄が不足の場合は、お手数ですが様式をコピーしてお使いください。
- この調査票に記入された情報は、当施設での食事の提供に関わることにのみ使用させていただきます。施設外で使用することはありません。
- 事前に献立を知りたい方には、利用日の2週間前までにメール又はFAXにて団体の担当者様宛に送らせて頂きます。早めに献立を知りたい場合は、ご連絡ください。

## 食物アレルギーに関する調査票

団体名 \_\_\_\_\_

記入者名 \_\_\_\_\_

利用日 令和 年 月 日 ( 曜日 ) ~ 令和 年 月 日 ( 曜日 )

氏名・アレルギー	除去の程度	アレルギーの症状		献立への要望	学校給食 (保育所等含む) の対応
氏名 ( _____ )  アレルギー ( _____ )	<input type="checkbox"/> 調味料等の原材料に含まれた場合も反応する。 <input type="checkbox"/> 自分で除去できる。 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px dashed black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/> 全身に <input type="checkbox"/> 局所に ( _____ ) こんな症状がある <div style="border: 1px dashed black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div>	過去にアナフィラキシー症状(※2)を起こしたことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 事前に献立を知りたい <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を希望する <input type="checkbox"/> 事前の献立のお知らせ及び除去食・代替食は希望しない	<input type="checkbox"/> アレルギー対応食を食べている <input type="checkbox"/> 食べられないものを自分で除去(アレルギー表示付き献立表の確認) <input type="checkbox"/> 家庭から持参
氏名 ( _____ )  アレルギー ( _____ )	<input type="checkbox"/> 調味料等の原材料に含まれた場合も反応する。 <input type="checkbox"/> 自分で除去できる。 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px dashed black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/> 全身に <input type="checkbox"/> 局所に ( _____ ) こんな症状がある <div style="border: 1px dashed black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div>	過去にアナフィラキシー症状(※2)を起こしたことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 事前に献立を知りたい <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を希望する <input type="checkbox"/> 事前の献立のお知らせ及び除去食・代替食は希望しない	<input type="checkbox"/> アレルギー対応食を食べている <input type="checkbox"/> 食べられないものを自分で除去(アレルギー表示付き献立表の確認) <input type="checkbox"/> 家庭から持参
氏名 ( _____ )  アレルギー ( _____ )	<input type="checkbox"/> 調味料等の原材料に含まれた場合も反応する。 <input type="checkbox"/> 自分で除去できる。 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px dashed black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/> 全身に <input type="checkbox"/> 局所に ( _____ ) こんな症状がある <div style="border: 1px dashed black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div>	過去にアナフィラキシー症状(※2)を起こしたことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 事前に献立を知りたい <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を希望する <input type="checkbox"/> 事前の献立のお知らせ及び除去食・代替食は希望しない	<input type="checkbox"/> アレルギー対応食を食べている <input type="checkbox"/> 食べられないものを自分で除去(アレルギー表示付き献立表の確認) <input type="checkbox"/> 家庭から持参
氏名 ( _____ )  アレルギー ( _____ )	<input type="checkbox"/> 調味料等の原材料に含まれた場合も反応する。 <input type="checkbox"/> 自分で除去できる。 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px dashed black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/> 全身に <input type="checkbox"/> 局所に ( _____ ) こんな症状がある <div style="border: 1px dashed black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div>	過去にアナフィラキシー症状(※2)を起こしたことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 事前に献立を知りたい <input type="checkbox"/> 除去食・代替食を希望する <input type="checkbox"/> 事前の献立のお知らせ及び除去食・代替食は希望しない	<input type="checkbox"/> アレルギー対応食を食べている <input type="checkbox"/> 食べられないものを自分で除去(アレルギー表示付き献立表の確認) <input type="checkbox"/> 家庭から持参