

送信日： 年 月 日

## 食物アレルギー等確認表

- \* 参加者の食物アレルギーや宗教上の理由、医師による食事指導(制限)により食べられない食物がある場合のみ、提出願います。
- \* この確認表は、上記の対応以外には使用いたしません。
- \* 食事提供表(様式第5号)と合わせて提出してください。
- \* 提出後は、厨房業者との連絡確認となります。
- \* 食物アレルギーについては、実際に摂取制限しているものを記入してください。
- \* 卵、小麦、そば等の食材の記入以外に、加熱処理なら可、調味料等の成分の不可等も記入できる範囲で書いてください。詳細になる場合は、厨房にご相談ください。
- \* 教育関係の利用者の方々は、各教育現場でも対応しているアレルギー対応のみを記入してください。

**お問い合わせ 当施設食事等委託業者連絡先 TEL0280(86)6315**

<b>団体名</b>		<b>TEL</b>	
<b>担当者</b>		<b>FAX</b>	
<b>利用期間</b>	年 月 日( ) ~ 年 月 日( )		

<b>食物アレルギー対応</b>	<b>必要 ・ 不要</b>
------------------	----------------

NO	なまえ(ひらがなで記入)	年齢	性別	アレルギーを起こす食材	具体的な症状及び対応
例	さしま たろう	11	男	卵(生卵のみ)	かゆみ 加熱処理してあれば可
1					
2					
3					
4					
5					

<b>宗教上の理由で食べられない食物</b>					
NO	なまえ(ひらがなで記入)	年齢	性別	食べられない食物	
1					
2					
3					
<b>医師による食事指導(制限)で食べられない食物</b>					
NO	なまえ(ひらがなで記入)	年齢	性別	食べられない食物	
1					
2					
3					

◎様式第5-1号確認担当者名( ) 連絡先( )