

所 長	次 長	所 員	担 当	提 出 日
				/

令和 年 月 日

福井県立芦原青年の家 所長 様

記載者(保護者)氏名

食物アレルギーに関する内容確認書

※ご記入いただいた個人情報、当所と給食業務委託業者の食物アレルギー対応目的以外では使用いたしません。

団体名	あわら市子ども会育成連絡協議会	引率者名	会長 改藤 修
利用期間	令和6年 6月 29日 ~ 令和6年 6月 29日		

フリガナ 対象者氏名		性別	
生年月日(年齢)	平・昭・大	年 月 日 (参加時:	歳)
住 所	〒		
電話番号			
緊急時連絡先 ※確実に連絡のとれる ところをご記入ください	①場所:	電話:	
	②場所:	電話:	
かかりつけの病院 および主治医	病院名:	電話:	
	主治医:		

<原因食物・診断根拠等> ※あてはまる原因食物に丸を付け、それぞれに言葉や番号でご記入ください

※診断根拠	①明らかな症状の既往 ③IgE抗体等検査陽性	②食物負荷試験陽性 ④その他
※症状	①発赤・じんましん等 ②湿疹 ③鼻汁・咳・喘息 ④腹痛・嘔吐・下痢 ⑤口腔過敏症 ⑥アナフィラキシーショック症状 ⑦その他	

<記入例>

原因食物	原因食物の詳細	診断根拠	症 状
①. 鶏卵	生食は不可。つなぎでの使用および加熱済は可。	①	③
④. そば	完全除去必要。そばがらも不可。製粉時に小麦とそばを両方製粉した場合でも不可。	③	⑥
⑦. 甲殻類	エビのみ不可。エキスも不可。	①	⑦目の腫れ、軽度のかゆみ

原因食物	原因食物の詳細	診断根拠	症 状
1. 鶏卵			
2. 牛乳・乳製品			
3. 小麦			

※裏面に続く

対象者氏名	0
-------	---

＜原因食物・診断根拠等＞ ※あてはまる原因食物に丸を付け、それぞれに言葉や番号でご記入ください

原因食物	原因食物の詳細	診断根拠	症 状
4. そば			
5. ピーナッツ			
6. 大豆			
7. 種子・木の実類			
8. 甲殻類			
9. 果実類			
10. 魚類			
11. 肉類			
12. その他①			
13. その他②			

◆アナフィラキシーショック症状など **特に症状が重篤な方** については、下記の給食業務委託業者栄養士から、対応食について詳細確認の電話連絡をさせていただくことがあります。

◆「**除去食**」で対応 します。ご了承ください。

社会福祉法人コミュニティーネットワークふくい(C・ネットふくい)丸岡南中事業所 栄養士:松村、中山
 TEL 0776-68-0761 FAX 0776-68-0769

※対応について ※記載者は、以下には記入しないでください

Cネット	対応可	※記載者(保護者)様へ連絡 (済 ・ 特に必要なし) ※特記事項	サイン欄
	対応不可	※その他(野外食等)	

芦原青年の家	担当による対応内容	所長確認	次長確認	所員確認	担当確認