

記載者（保護者）氏名

担当	提出日
	／

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は、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	あわらし子ども会育成連絡協議会		引率者名	会長	
利用期間	#VALUE!				
フリガナ		年齢		性別	
対象者氏名					
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:		

<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 ②食物負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査陽性 ④その他
-------	---

<記入例>

原因食物	原因食物の詳細	診断根拠	症 状
鶏卵・甲殻類	生食は不可。つなぎでの使用および加熱済は可。	①	鼻汁・咳・喘息
そば	完全除去必要。そばがら不可。製粉時に小麦とそばを両方製粉した場合も不可。	③	アナフィラキシーショック 症状

原因食物	原因食物の詳細	診断根拠	症 状

- ◆下記の給食業務委託業者栄養士から、詳細確認の電話連絡をすることがあります。
- ◆除去食で対応します。ご了承ください。

社会福祉法人つぐみ福祉会 丸岡南中事業所 栄養士 TEL 0776-68-07

※対応について ※記載者は、以下には記入しないでください

つぐみ福祉会	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	所員確認	担当確認