

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8年6月20日	～	令和8年6月20日		
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>

※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 0776-68-0761

※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