

食物アレルギー利用者状況報告書

所長	副所長	担当	厨房

利用日 令和 年 月 日 ~ 月 日

団体名 (ふりがな) _____ 責任者 _____

利用者名 _____ (歳) 男・女

診断名 _____

かかり付けの医療機関 _____ TEL _____ 医師 _____

緊急時の連絡先 TEL _____ () _____ ()

【1】アレルギーの除去の程度と症状（局所に反応が出る場合は場所・症状を記入）

アレルギー	除去の程度	アレルギー	除去の程度
(例) 卵	<input checked="" type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> その他 ()

*アレルギー項目が多い場合には、複数枚での提出をお願いします。

【2】家庭では調理器具（鍋・フライパン・食器洗い用スポンジ等）はどうしていますか？

- 特に区別なく、家族と同じ器具を使用している
- アレルギーの家族と、アレルギーのない家族で調理器具を区別し、別の物を使用している

【3】保護者（利用者）様から、食事についての説明等ございましたら、ご記入ください。（宗教上の制約も同様）

.....

.....

.....

【4】学校団体宿泊者の方へ

普段の食事はどうしていますか？該当する項目に○をしてください。

- 普段は？
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ①給食である | <input type="checkbox"/> 1. 普通に食べている |
| <input type="checkbox"/> ②給食ではない | <input type="checkbox"/> 2. 反応する食材を代替したり除去したりして給食を食べている |
| <input type="checkbox"/> ③曜日により、給食と弁当の日がある | <input type="checkbox"/> 3. 弁当を持参し、給食は食べられる料理だけを食べている |
| | <input type="checkbox"/> 4. 毎日弁当を持参している |

【5】対応希望

- 家庭からの持込み食を希望します
- 熊谷市スポーツ・文化村「くまびあ」レストランフォレストのアレルギー対応食を希望します

熊谷市スポーツ・文化村「くまびあ」 _____ 平成 年 月 日
レストラン フォレスト 行

団体責任者名 _____ **印**

(未成年者の場合)保護者名 _____
利用者名 _____ **印**

※1.担当者宛てにご利用の30日前までにFAXか郵送にてご提出ください。(FAXを先にいただければ原本の提出は当日持参でも構いません。) 利用日の30日前までにお送りいただけない場合は対応しかねますのでご了承ください。
※2.アレルギー対応食については、状況によってはご希望に沿えない場合がありますので、ご了承ください。
※3.ご提供いただいた個人情報につきましては、利用に係る連絡及び利用統計等事務処理においてのみ使用し適正に取り扱います。