

## ⑥食物アレルギー確認表

団 体 名	
団体担当者	
電 話 番 号	
利 用 期 間	令和 年 月 日( ) ~ 令和 年 月 日( )

食物アレルギー等の理由で、食事に関して特別な対応が必要な方はいらっしゃいますか。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
--	---

有 にチェックされた方は、下の欄もご記入ください。

(ふりがな) 対象者の氏名	アレルギー の食材	卵について つなぎ程度は可・不可	食物アレルギーの症状や程度、エピペンの 使用や希望する対応などについて詳 しくご記入ください。	問い合わせ
		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 必要
		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 必要
		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 必要
		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 必要
		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 必要
		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 必要
対応・要望事項 その他				

※重度なアレルギー体質のお客様や除去食品がきわめて多い場合は、万が一のことを考慮し、食事の提供を控えさせていただくことがありますので、ご了承ください。

※ご記入いただきました情報につきましては、利用日における食品等の提供にのみ利用し、団体責任者及び利用者(その保護者も含む)の了承を得ることなく外部団体へ提供・開示することはありません。

※本表をもとに、食堂担当者が詳細の確認のため連絡をさせていただくことがあります。

※自然の家所員使用欄

連絡日時 月 日 時 分  
自然の家 所員名

食事情報提供表

事前送付予定日 月 日