

食物アレルギーチェックシート

| | | | | | |
|------------------|----------|-----|-----------------------------|----|---|
| 利用日 | 令和 年 月 日 | 連絡先 | | | |
| 申込チーム名 | | | | | |
| 食物アレルギー 対象者氏名 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 | 年齢 | 歳 |
| | | | <input type="checkbox"/> 女性 | | |

①現在、医師に【食物アレルギー】と診断され、通院していますか？

定期的に通院している / 1年以上通院していない

②アレルギーの状況についてお知らせください。

| 用語 | 該当するアレルゲン物質 | 症状 |
|------------------|--|--|
| 特定原材料 (7品目) | <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> そば | <input type="checkbox"/> 呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> その他() |
| 準特定原材料 (21品目) | <input type="checkbox"/> あわび <input type="checkbox"/> いか <input type="checkbox"/> いくら <input type="checkbox"/> さけ <input type="checkbox"/> さば <input type="checkbox"/> キウイ <input type="checkbox"/> バナナ <input type="checkbox"/> 桃 <input type="checkbox"/> リンゴ <input type="checkbox"/> オレンジ <input type="checkbox"/> 山芋 <input type="checkbox"/> 松茸 <input type="checkbox"/> 鶏肉 <input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> 豚肉 <input type="checkbox"/> ごま <input type="checkbox"/> アーモンド <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> カシューナッツ <input type="checkbox"/> くるみ <input type="checkbox"/> ゼラチン | |

③日常のお食事では、アレルゲン物質に対して、どのように対応しているかお聞かせください。

(例) 家では少しずつ食べている。等

※調理におきまして細心の注意を払っておりますが、同一厨房で調理をおこなっており調理器具等につきましても共通のものを使用する為、調理過程においてアレルゲン物質が微量に混入する可能性がございます。

※深刻なアレルギー症状をお持ちの方につきましては、ご本人様の安全を優先し、ご利用をお断りさせていただきます。