

食物アレルギー確認票（※アレルギーの有無にかかわらず、必ず提出してください。）

熊本県立天草青年の家

団体名		アレルギー 担当者	
利用期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()		
食物アレルギーを持った利用者が います。 / いません。			
（※どちらかに○をつけてください。）			

【記入例】

No.	氏名	性別 組	アレルゲン (食材)	アレルゲン(食材)に対する学校・ 家庭での対応の仕方	主な症状	確認・相談の連絡先
1	あしきた たろう 芦北 太郎	男 1	卵	生食は不可 つなぎでの使用、及び火が通して あるものは可	蕁麻疹	0966-82-3092
2	とよの はなこ 豊野 花子	女	そば	完全除去が必要	呼吸困難	0964-45-3855
3	まくち さぶろう 菊池 三郎	男	エビ	除去すれば、食べられる	蕁麻疹	0968-27-0066

※ふりがなも必ずご記入ください。（学校団体は、性別の下にクラス名を記入してください。）

No.	氏名(ふりがな)	性別 組	アレルゲン(食材)	アレルゲン(食材)に対する学校・ 家庭での対応の仕方	主な症状	確認・相談の連絡先
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

◆枠が不足する場合は、この用紙をコピーしてください。

◆個人票も添えてご提出ください。アナフィラキシー・ショックなど特に症状が重篤な方については、必ず青少年の家まで直接ご相談ください。

◆この票に記入された利用者が食事をする際には、当日、食堂で確認をしてください。食堂の職員からどのような対応をしているかについて、説明を致します。

【メモ】（※施設職員使用欄）