14 日前必着書類

食物アレルギー確認表（※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	
利用期間	令和　　年　　月　　日（　　）～　　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	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	芦北（あしきた）　太郎（たろう）	男	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	豊野（とよの）　花子（はなこ）	女	そば	完全除去が必要	呼吸困難	0964-45-3855
3	菊池（きくち）　三郎（さぶろう）	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　食物アレルギーをお持ちの方のみご記入ください（個人票も提出してください）

No.	氏　名（ふりがな）	性別	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）

日付	／		／			／		
	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕