

3週間前必着書類

食物アレルギー確認票

(何枚目) (何枚分の)
複数枚の場合の枚数

(※アレルギーの有無にかかわらず、必ず提出してください。)

熊本県立あしきた青少年の家

(令和3年4月改訂)

団体名		記入者名	
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 () 人 います。 / いません。 (※どちらかに○をつけてください。食物アレルギーを持った利用者がある場合は人数もご記入ください。)			

【記入例】

No.	氏名 (ふりがな)	性別	アレルゲン (食材)	主な症状	程度 (対応)	確認・相談先
1	あしきた たろう 芦北 太郎	男	卵	蕁麻疹	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	保護者・病院 その他 ()
2	とよの はなこ 豊野 花子	女	そば	呼吸困難	完全除去が必要	保護者・病院 その他 ()
3	まくち さぶろう 菊池 三郎	男	エビ	蕁麻疹	除去すれば、食べられる	保護者・病院 その他 (学校)

No.	氏名 (ふりがな)	性別	アレルゲン (食材)	主な症状	程度 (対応)	確認・相談先
						保護者・病院 その他 ()
						保護者・病院 その他 ()
						保護者・病院 その他 ()
						保護者・病院 その他 ()

- ◆枠が不足する場合は、この用紙を複数枚使用し、用紙右上の四角欄に枚数をご記入ください。
- ◆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、この票への記入だけでなく、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。
- ◆本票にて事前に申告されていない食物アレルギーについては、代替食等の対応ができません。

【メモ】(※施設職員使用欄)