

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。）

熊本県立菊池少年自然の家

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 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）	主な症状	程度（対応）	確認・相談先
1	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	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	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	性別	アレルゲン（食材）	主な症状	程度（対応）	確認・相談先
1						保護者・病院 その他 ()
2						保護者・病院 その他 ()
3						保護者・病院 その他 ()
4						保護者・病院 その他 ()

◆枠が不足する場合は、この用紙をコピーしてください。

◆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）