

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。）

団体名	熊本県立豊野少年自然の家	記入者名	豊野 花子
食物アレルギーを持った利用者が います 。（ 2 ）名 / いません。			
（※どちらかに○をつけてください。）			

No.	氏名	性別	アレルゲン (食材)	主な症状	段階 記号	詳細・特記事項	保護者の連絡先
1	豊野 一郎	男	そば	口のまわりが荒れる ※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	A	そばそのもの×	母（携帯） 080-1234-5678
				※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
				※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			職員チェック <input type="checkbox"/>
2	豊野 二子	女	卵	全身にかゆみ 呼吸困難 ※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	B	加熱可	父（携帯） 080-2345-6789
			乳製品	全身にかゆみ 呼吸困難 ※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	A	チーズ可	
				※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			職員チェック <input type="checkbox"/>
3				※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			職員チェック <input type="checkbox"/>
				※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
				※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
4				※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			職員チェック <input type="checkbox"/>
				※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
				※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
5				※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			職員チェック <input type="checkbox"/>
				※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
				※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

※保護者連絡先は、アレルギーの症状等について、連絡・相談させていただきます。

※枠が不足する場合は用紙をコピーして使用してください。