14日前必着書類

**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 |  | 記入者名 |  |
| 期日 | 月　　　日（　　　）～　　　月　　　日（　　　） | | |
| 食物アレルギーを持った利用者が　います。（　　　）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 |
| 1 | 職員チェック□  アレルギー対応 有□ 無□ |  |  | **※ｱﾅﾌｨﾗｷｼｰｼｮｯｸ 発症歴**  **□有　□無** |
|  | **※ｱﾅﾌｨﾗｷｼｰｼｮｯｸ 発症歴**  **□有　□無** |
|  | **※ｱﾅﾌｨﾗｷｼｰｼｮｯｸ 発症歴**  **□有　□無** |
| 2 | 職員チェック□  アレルギー対応 有□ 無□ |  |  | **※ｱﾅﾌｨﾗｷｼｰｼｮｯｸ 発症歴**  **□有　□無** |
|  | **※ｱﾅﾌｨﾗｷｼｰｼｮｯｸ 発症歴**  **□有　□無** |
|  | **※ｱﾅﾌｨﾗｷｼｰｼｮｯｸ 発症歴**  **□有　□無** |
| ３ | 職員チェック□  アレルギー対応 有□ 無□ |  |  | **※ｱﾅﾌｨﾗｷｼｰｼｮｯｸ 発症歴**  **□有　□無** |
|  | **※ｱﾅﾌｨﾗｷｼｰｼｮｯｸ 発症歴**  **□有　□無** |
|  | **※ｱﾅﾌｨﾗｷｼｰｼｮｯｸ 発症歴**  **□有　□無** |
| ４ | 職員チェック□  アレルギー対応 有□ 無□ |  |  | **※ｱﾅﾌｨﾗｷｼｰｼｮｯｸ 発症歴**  **□有　□無** |
|  | **※ｱﾅﾌｨﾗｷｼｰｼｮｯｸ 発症歴**  **□有　□無** |
|  | **※ｱﾅﾌｨﾗｷｼｰｼｮｯｸ 発症歴**  **□有　□無** |

※氏名欄のチェック欄につきましては、自然の家職員にてチェックを入れさせていただきます。

※連絡先は、アレルギーの症状等について、必要に応じて連絡・相談させていただきます。

※本票にて事前に把握でき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。

※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。