

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
期日	5月 11日（月）～ 5月 13日（水）		
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
1	豊野 一郎 職員チェック <input type="checkbox"/> アレルギー対応 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	男	そば	口の周りが腫れる ※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				※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
2	豊野 二子 職員チェック <input type="checkbox"/> アレルギー対応 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	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
			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
				※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3	職員チェック <input type="checkbox"/> アレルギー対応 有 <input type="checkbox"/> 無 <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
				※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4	職員チェック <input type="checkbox"/> アレルギー対応 有 <input type="checkbox"/> 無 <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
				※アナフィラキシーショック 発症歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。