

## 食物アレルギー事前確認票

ご記入日 年 月 日

ご利用日 令和 年 月 日( )  
 令和 年 月 日( )  
 令和 年 月 日( )

団体名		喫食者名
ご担当者名 (連絡先)		保護者名 (連絡先)

対象アレルギーに ○をつけて下さい	小麦・卵・乳・えび・かに・そば・落花生 その他( )
症状	
アレルギー症状が 出るまでの時間	

### アレルギーの程度(除去範囲)

除去する食品	アレルギーの中でも程度で食べられる食品
例) 卵 例) 乳製品	例) 調味料に含まれる程度は可能 例) 無 例) つなぎ程度なら可能・加熱していれば可能 例) 無

食堂での対応について ご希望に○をつけてください	普通食のまま	除去・代替	弁当持参
-----------------------------	--------	-------	------

※重篤な症状を起こす可能性のある方やアレルギー食品が多数の方は、致しかねる場合があります  
 ご了承の程、宜しくお願ひ致します  
 なお、いただいた個人情報、アレルギー対応以外には利用致しません