食物アレルギー　事前確認票

提出・問合せ先：西洋フードコンパスグループ㈱大雪店　　ＴＥＬ 0166-68-1116　　ＦＡＸ 0166-68-1117

【基本情報】※該当者1名につき1枚ご提出ください

※太枠内をご記入下さい

利用日	令和　　年　　月　　日　～　　月　　日				
団体名				担当者名	
該当者 ふりがな		歳	男・女	緊急連絡先	繋がる先
該当者 氏　名				TEL：	（保護者・学校）

★7大アレルゲン★ 該当するアレルゲンを〇で囲んで下さい。	・小麦　・卵　・乳製品 ・そば　・落花生　・えび　・かに	症状	※なるべく詳細をご記入ください
7大以外のものはコチラ			
アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか		ない　ある　（いつ頃：　　歳）	
内服薬の持参はありますか		ない　ある	
エピペンの持参はありますか		ない　ある	

希望対応について選択してください（A・Bに〇印を記入）	A．持参品対応	B．除去・代替希望
	食堂の冷蔵庫・冷凍庫で保管と加熱対応を希望する ※別紙「A.持参品対応〔食物アレルギー対応受渡し確認表〕」をご記入ください	材料の一部を除去・代替 ※下記「B.除去・代替希望を御希望される方」をご記入ください

「B.除去・代替希望を御希望される方」　・・・　下表に御記入ください。

※重篤なアレルギー症状を起こす可能性のある方や、除去食品が多数ある時の対応は難しい場合がございます。

利用日	食事区分	食べれないメニュー名	除去希望	代替食希望
月　日	昼食			
	夕食			
月　日	朝食			
	昼食			
	夕食			
月　日	朝食			
	昼食			
	夕食			
連絡事項				

記入例

食物アレルギー　事前確認票

提出・問合せ先：西洋フードコンパスグループ㈱大雪店　　ＴＥＬ 0166-68-1116　　ＦＡＸ 0166-68-1117

【基本情報】※該当者1名につき1枚ご提出ください

※太枠内をご記入下さい

利用日	令和 〇 年 〇 月 〇 日 ～ 〇 月 〇 日					
団体名	〇〇〇〇			担当者名	〇〇　〇〇	
該当者	ふりがな	まる　まる	〇 歳	男・女	緊急連絡先	繋がる先
	氏　名	〇〇　〇〇			TEL： 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	（保護者） 学校）
★7大アレルゲン★ 該当するアレルゲンを〇で囲んで下さい。	・小麦 ・卵 ・乳製品 ・そば ・落花生 ・えび ・かに			症状	※なるべく詳細をご記入ください	
7大以外のものはコチラ	果物				・生卵は嘔吐する。火を通せば大丈夫。 ・果物は湿疹が出る。缶詰、加熱済みは問題なし。	

緊急連絡先はどちらかを〇で囲んで下さい。

アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか	ない	ある	（いつ頃： 2 歳）
内服薬の持参はありますか	ない	ある	
エピペンの持参はありますか	ない	ある	

希望対応について選択してください（A・Bに〇印を記入）	A．持参品対応	B．除去・代替希望
	食堂の冷蔵庫・冷凍庫で保管と加熱対応を希望する ※別紙「A.持参品対応〔食物アレルギー対応受渡し確認表〕」をご記入ください	材料の一部を除去・代替 ※下記「B.除去・代替希望を御希望される方」をご記入ください

「B.除去・代替希望を御希望される方」　・・・　下表に御記入ください。

※重篤なアレルギー症状を起こす可能性のある方や、除去食品が多数ある時の対応は難しい場合がございます。

利用日	食事区分	食べれないメニュー名	除去希望	代替食希望
〇 月 〇 日	昼食			
	夕食	（例）トンカツ	トンカツ	〇
〇 月 〇 日	朝食	（例）かき玉スープ	たまご	〇
	昼食			
	夕食			
月 日				
連絡事項				

代替食をご希望される方は、〇印を付けてください。
※代替食の内容に関しては、確認の連絡時にご相談させていただきます。