

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(株)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

利用日	令和	年	月	日	～	月	日	※太枠内をご記入下さい	
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
	氏名						TEL:		
★7大アレルギー★ 該当するアレルギーを ○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○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	
------	--