

食物アレルギー 事前確認票

TEL 0946-42-5992

FAX 0946-42-5994

mailアドレス 69012@compass-jpn.com

対象の方全員について利用日の3週間前までに、
ご記入後レストランまでFAX送付お願い致します。
期限を過ぎると対応できない場合がございます。

【基本情報】

※記入していただく箇所は、太い枠で囲いをしてる所にご記入してください。

利用日	令和 年 月 日 ~ 月 日 【泊日】	ふりがな		男・女
団体名		氏名		歳
団体 担当者名		緊急連絡先 (Tel)		(保護者・学校)
※団体担当者様へ 食物アレルギーの対応・該当者が無い場合はチェックしてください		該当者 なし	<input type="checkbox"/>	該当者は数名いるが 対応なし <input type="checkbox"/>
★7大アレルギー★ 該当する アレルギーを ○で囲んで下さい。 7大以外のものは カッコ内に 記入して下さい。	・小麦 ・卵 ・乳製品 ・そば・落花生・えび・かに		症状	
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,Cに ○印を記入)	A. 通常メニューのまま		B. 除去・代替希望	C. 持参品対応
	自己判断で食べられる	引率者で対応する	材料の一部を除去・代替 ↓ 除去・代替食の表に 希望対応を記入	食堂の冷蔵庫・冷凍庫で保管と 加熱対応を希望する ※持参品対応につきましては 別紙記入用紙をお送りします。

B.除去・代替希望をご希望される方は、下表にご記入ください。

※ただし、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
日	昼食			
	夕食			
日	朝食			
	昼食			
	夕食			
日	朝食			
	昼食			
	夕食			
連絡事項				