食物アレルギー　事前確認票

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。

TEL 0946-42-5992
FAX 0946-42-5994
mailアドレス　35512@compass-jpn.com

【基本情報】　※ 記入していただく箇所は、太い枠で囲いをしてい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
		メール アドレス			（保護者　・　学校）
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	□	該当者は数名いるが対応なし	□
★７大アレルゲン★ 該当する アレルゲンを ○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			
ほんの微量の混入（エキス・揚げ油等）の恐れがある場合食べられない。		はい　いいえ			
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			

コンタミネーション（食品を生産・製造する過程で、原材料として使用していないアレルギー物質が微量に混入してしまうこと）についての対応はできませんのでご了承ください。

希望対応について選択してください。	A．通常メニューのまま		B．除去・代替希望	C．持参品対応
（A.B.Cに ○印を記入）	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	食べられないメニュー名	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				

コンパスグループ・ジャパン㈱夜須高原店