

食物アレルギー対応票(記載例)

■ご相談内容や本票は、目的以外は、一切使用いたしません。
 また、個人情報保護方針に則りお取り扱いいたします。同意される方は上に☑を入れてください。
 ■問合せ先 給食委託業者月芝 FAX:04-7093-2007 Tel:04-7093-3946
 ■本票は、入所日の1週間前までに送信ください。内容確認後、リファックスをお送り致しますのでご確認ください。

詳細は、ホームページの食事関係→食事について→[食物アレルギー対応について]をご確認いただき、ご記入ください。
 【症状によっては、対応ができない場合があります。確認ご了承ください】

厨房では、製造ライン(コンタミン)・調理器具・食器の共有ができない方や微量でも反応ができる方、除去献立が多数の方は、安全を考慮し調理食の提供を控えさせていただいております。誠に申し訳ございません。予めご了承ください。

団体名	鴨青小学校	様	ご担当者名	鴨川 太郎
利用日	4月 3日(金)	～	4月 4日(土)	
連絡先	Tel: 00-000-0000	Fax: 00-0000-0000	ご記入者名	養護教諭 月芝 花子
ふりがな	〇〇 〇〇〇	食物アレルギーの種類	卵(生)乳・乳製品	

Q1.エビンを持参されますか。()しない()する
 Q2.対応プランAの方で、トングの貸し出しを希望されますか。()希望する()希望しない
 Q3.食事提供の際、アレルギー対応Bプラン～を希望されますか。()希望する()希望しない
 ■ご利用日の原材料表を確認の上、どの食事も対応プランA(自身で判断可能/個別対応希望無)の場合は、以上になります。これ以降(下記)の記入は、必要ありません。
 ■差し替え食の提供(対応プランB～F)等、ご希望のある方は、以下にお進みいただき必要事項の記入をお願い致します。

① 食物アレルギーの程度 ■当てはまる欄に と具体的な食品名をご記入ください。

アレルギー強度 アレルギー種類	① 卵	② その食品(一次製品)そのものだけ食べられない。 (例:生卵・半熟卵)	③ その食品を使った加工食品も食べられない。 (例:厚焼き玉子・マヨネーズ)	④ その食品が成分(つなぎ等)として使用されている調味料や食品まで食べられない。 (例:ハンバーグ・コロッケ)	⑤ 食用油の共有ができない。
卵	<input checked="" type="radio"/>				
乳	<input type="radio"/>	(例:牛乳)	(例:ヨーグルト)	ハンバーグ・カレー (例:ウインナー・カレー・乳類)	
落花生	<input type="radio"/>	(例:ピーナッツ)			
小麦	<input type="radio"/>	(例:餅どらみ・スダゲティ・パン)	(例:カレールー・フライ・シチュー)	(例:味噌・醤油・ドレッシング・調味料全般)	
大豆	<input type="radio"/>	(例:豆腐・枝豆)	(例:納豆・厚揚げ)	(例:味噌・醤油・マーガリン・食用油)	
エビ	<input type="radio"/>		(例:エビチリ)	(例:焼きそばソース・調味料・エキス)	
カニ	<input type="radio"/>			(例:ひじき等類等共有生存在した食品)	
そば	<input type="radio"/>	(例:そば)			
その他食品					
その他食品					

② 差し替え献立の希望 有 無 ※希望の有無に☑を入れてください。
 原材料表をもとに具体的に利用される食事ごとのご希望対応プランと除去献立また、献立表の中から希望の差し替え献立がある場合は、ご記入ください。
 ※[食物アレルギー対応について]の[対応プラン記載例]や[食物アレルギーQ&A よくあるお問い合わせ]等、ご参考ください。

記載例	希望対応プラン	記載内容
夕食 10日	B	ハンバーグとカレーを除去。代わりに献立①の豆腐ハンバーグに差し替え希望。その他は、バイキングを利用します。
朝食 10日	C	乳製品アレルギーの為、パン・ウインナー・ヨーグルトを除去希望。その他の献立を盛り付けて対応希望。
夕食 1日	B	メインのカレーとハンバーグが食べられないので差し替え食を希望します。その他は、バイキングを利用します。
朝食 2日	希望対応プラン	トングの貸し出しをお願いします。
昼食 2日	F	幕の内弁当の玉子ロールと唐揚げを除去してください。
夕食 日	希望対応プラン	
朝食 日	希望対応プラン	
昼食 日	希望対応プラン	

■特記事項 ※特に厨房等に、伝えたい内容などがございましたらご記入ください。

食室対応内容(弊社記載)		厨房	鴨青事務所
その他相談内容(月 日)	相談者:養護・栄養教諭・保護者・指導員・その他		

- ① ①ご理解ご了承ください同意に☑をお願い致します。**
☑同意します
- ② 団体ご担当者記入欄**
アレルギー対応について確認させていただく場合がございますので団体担当者のお名前とご連絡をご記入ください。
- ③ 保護者(当人)又は養護教諭の方記入欄**
ご本人のお名前、食物アレルギーの種類をご記入ください。また、エビン持参の有無に☑を入れてください。
- ④ 当日の対応について**
対応プランと食事を利用される日の原材料表を事前に確認いただき、ご希望に沿って必要事項をご記入ください。対応プランAを希望される方は、Q3まで回答をご記入ください。
- ⑤ 7品目アレルギー 記入欄**
ホームページの[食物アレルギー対応について]をご確認の上、対応プランB～Fをご希望される方は、該当する『強度』に☑と具体的な『アレルゲン食品』をご記入ください。
- ⑥ 差し替え食の希望 記入欄**
期間中の献立の中から、除去食の代わりに 差し替え食が提供できます。ご希望の有無に☑を入れてください。※差し替え食の必要が無い場合は、無に☑を入れてください。
- ⑦ ご希望の対応プランB～Fをご記入ください。**
ホームページの[食物アレルギー対応について]をご確認の上、ご利用日の献立原材料を基に、献立の一部除去や盛付献立・差し替え献立等、ご希望の提供プランを具体的に記入ください。※期間中の献立の中でご希望の差し替え献立があれば、ご記入ください。
お弁当ご注文の際は、お弁当に対するご希望もご記入ください。
- ⑧ 特記事項等**
厨房等へ、伝えたい内容等ございましたら、ご記入ください。