

# 食物アレルギー事前調査票(生徒・児童は保護者記入)

千里株式会社

当施設に於いて安心・安全なお食事を楽しんでいただくため調査表へ正しくご記入いただきますようお願いいたします。なお、アレルギー対応の詳細(コンタミネーション等)につきましては、富士研修所ホームページ記載の食物アレルギーのお客様へのご案内を必ずご確認ください。

(フリガナ)		性別	男性 ・ 女性
宿泊者氏名			
保護者氏名			
団体名(学校名)		学年・組	年 組
連絡先(携帯番号)	-	-	
旅行期間	20	年	月 日 ~ 月 日

## 1)アレルギーの状態について

現在医師に「食物アレルギー」と診断され通院していますか。	定期的に通院している	1年以上通院していない
今まで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。	はい	いいえ
エピペンを処方されていますか。	はい	いいえ
食物アレルギーの症状が出た場合の治療薬をお持ちですか。	はい(飲み薬・注射)	いいえ

## 2) 医師により除去が必要と診断されている食材について除去該当欄の除去の可否に「○」をつけて下さい。

アレルギー対応メニューは特定原材料8品目を除去したものを提供させていただきます。(コンタミネーション及び成分レベルの対応はできません)

※食材の加熱・非加熱に関わらずアレルギーを起こす食材についてお答えください。

アレルギー物質	除去該当欄	
1 卵	・除去が必要	・除去は不要
2 乳	・除去が必要	・除去は不要
3 小麦	・除去が必要	・除去は不要
醤油	・除去が必要	・除去は不要
4 そば	・除去が必要	・除去は不要
5 落花生	・除去が必要	・除去は不要
6 えび	・除去が必要	・除去は不要
7 かに	・除去が必要	・除去は不要
8 くるみ ※	・除去が必要	・除去は不要

※くるみの対応については各食品成分表に記載されるまでに猶予期間がございます。(2025年4月まで)そのため、正確に把握できず除去できない可能性がございます。

☆複数の原材料に亘って食物アレルギーのある場合やごく微量で反応が誘発される可能性があり、症状がエピペンを使用されるような重い症状の場合、お客様の安全を第一に考えお食事の提供を控えさせていただきます。

## 3) 上記2) 以外に、医師により除去が必要と診断されている食品がある場合はご記入下さい。

( )

☆特定原材料に準ずるもの20品目及びそれ以外の品目については、表示義務がない食材であることから、追跡・確認ができないため、指定食材そのものを肉眼で確認できるレベルのみで取り除いた食事を、ご相談の上必要に応じて提供させていただきます。(コンタミネーション及び成分レベル、エキス等の対応は出来ません)

ご記入いただいた本シートの内容は、食物アレルギーを持つ方が飲食をされる場合に食の安全を確保するための資料とすることの目的以外に使用することは一切ありません。

また本シートは個人情報に留意の上、責任をもって管理・保管・処分いたします。

●冒頭の各留意事項及び個人情報取り扱いに同意の上、ご署名いただき本シートをご提出ください。

年 月 日 (保護者)ご署名