

食物アレルギーアンケート

いただいた個人情報は、食物アレルギー等の食材の除去対応の目的以外には利用いたしません。

ページ数

/

1. 対象者情報

ご利用日の20日前までに提出をお願いします。

| | |
|---------|--|
| 団体名 | |
| 団体責任者氏名 | |
| 連絡先 | |
| ご利用期間 | |

2. 対応方法について

下記表に、食物アレルギー対応者情報と、(A)・(B)・(C)の中から希望対応方法をご記入ください。

レストランでは調理・提供時のコンタミネーションの可能性がございます。ごく微量の摂取にて、アナフィラキシーショック等、重篤な症状を起こす可能性のある方は、万が一の事態を考慮し、(B)の持ち込み対応を頂きますよう、お願いいたします。

(A) 自己除去

(B) 持ち込み対応

(C) 代替食対応

※食堂のご利用人数に応じて、提供方法を変更させていただく場合がございます。その場合は、事前に団体責任者の方にアレルギー対応の方法をご相談させていただきます。

食物アレルギーについてのご相談は、下記連絡先までご連絡ください。

TEL:0893-24-6504(受付時間 9時~17時)

コンパスグループ・ジャパン(株)大洲店 担当 松本・宮崎

| | 氏名 | 性別 | 年齢 | 食物アレルギー | | | アナフィラキシーショック等、重篤な症状を起こす可能性はありますか | エビベン・処方薬を所持していますか | 記載の内容は学校生活管理指導表と一致していますか。 | 備考 | |
|----|-------|----|----|---------|----|----|----------------------------------|-------------------|---------------------------|--------------|--|
| | | | | アレルギー食材 | | 対応 | | | | | |
| 例) | 〇〇 〇〇 | 男 | 14 | たまご | ごま | | A | いいえ・はい | いいえ・はい | いいえ・はい 不明 | |
| 1 | | | | | | | | いいえ・はい | いいえ・はい | いいえ・はい 不明 | |
| 2 | | | | | | | | いいえ・はい | いいえ・はい | いいえ・はい 不明 | |
| 3 | | | | | | | | いいえ・はい | いいえ・はい | いいえ・はい 不明 | |
| 4 | | | | | | | | いいえ・はい | いいえ・はい | いいえ・はい 不明 | |
| 5 | | | | | | | | いいえ・はい | いいえ・はい | いいえ・はい 不明 | |
| 6 | | | | | | | | いいえ・はい | いいえ・はい | いいえ・はい 不明 | |
| 7 | | | | | | | | いいえ・はい | いいえ・はい | いいえ・はい 不明 | |
| 8 | | | | | | | | いいえ・はい | いいえ・はい | いいえ・はい 不明 | |
| 9 | | | | | | | | いいえ・はい | いいえ・はい | いいえ・はい 不明 | |
| 10 | | | | | | | | いいえ・はい | いいえ・はい | いいえ・はい 不明 | |

「食物アレルギーの対応について」の内容について確認の上、記載事項に同意します。

令和____年____月____日

団体責任者名 _____