

食品アレルギーに関するアンケート

この度は、「森のレストラン」をご利用いただきありがとうございます。

滞在期間中の食事において、安心・安全な食事が提供出来るように「食品アレルギーに関するアンケート」をご用意しております。食品アレルギー体質をお持ちの方がいらっしゃる場合はご記入ください。

(症状によっては、代替え・持参メニュー等での対応をしております。)

アンケートへの回答はお手数ですが、ご利用開始日の20日前までにお願ひ致します。

十分な打合せを行いたいと思いますので、FAX送信後お早めにご連絡下さい。

重度なアレルギー体質をお持ちのお客様や、除去食品が極めて多い場合は、万が一のことを考慮し、食事の提供を控えさせていただくことがございますのでご了承ください。

ご記入日 令和 年 月 (日)

ご利用日 令和 年 月 日 () 昼食・夕食 から

令和 年 月 日 () 朝食・昼食 まで

団体名

連絡先

電話

担当者氏名

FAX

アレルギー体質のお客様氏名

性別

男・女

年齢

歳

保護者氏名

連絡先

電話

携帯

1. 食べる(飲む)事によりアレルギー反応が起きる食材を教えてください。(油・調味料を含む)

2. アレルギー反応はどのような症状ですか？

3. 通常の食事について教えてください。本人が判断して食事しますか？

4. アレルギーの事でご希望・ご意見等がありましたらご記入ください。

(記入例:一部のメニューを作って欲しい 一部のメニューを持参する 特別な対処は必要ない 本人が判断して食べる...など)

ご協力ありがとうございました。このアンケートは当目的以外での使用は一切いたしません。

重度の方、アナフィラキシーを発症する方はお手数ですが食品アレルギーに関するアンケート についても記入をお願い致します。

食品アレルギー体質をお持ちのお客様が複数人いる場合はコピーしてご使用ください。

受付日 令和 年 月 日 ()

エムエフエス(株)大洲店 献立・アレルギー担当 店長 松本

〒795-0001 愛媛県大洲市北只 1086

TEL 0893-24-6504

FAX 0893-24-6531

食品アレルギーに関するアンケート
(重度の食品アレルギーのお客様用)

団体名 _____

のご記入もお願いいたします。

ご利用日 令和 年 月 日 () 昼食・夕食 から 月 日 () 朝食・昼食 まで

アレルギー体質のお客様氏名 _____ 性別 男・女 年齢 _____ 歳

1 アレルギーが発症する食材は？ _____ 完全除去 ・ 一部除去
2 食物アレルギーが発症した場合の対応は出来ますか？ はい ・ いいえ 担当責任者が対応できる。 はい ・ いいえ 担当責任者以外で対応できる方は？ _____ 名 食事の際、アレルギー者本人とアレルギー対応できる方が一緒に食事を取りますか？ はい () () () ・ いいえ ()内に一緒に食べられる方のお名前をご記入下さい。
3 本人が内服薬を持参しますか？ はい ・ いいえ 「はい」と回答された方に伺います。 内服薬を食事毎に 食前 ・ 食後 の服用を要します。
4 本人が外服薬を持参しますか？ はい ・ いいえ 「はい」と回答された方に伺います。 アレルギー症状が発症した場合に服用しますか？ はい ・ いいえ
5 今までに吸入薬等を使用したことがありますか？ ある ・ ない 持参し発症した場合には (使用する ・ 使用しない)
6 その他に注射薬等があればご記入ください。
7 近隣の食物アレルギー対応の病院の情報等をお教えてください。
8 食事の際、食物アレルギーが発症してアナフィラキシーショックの経験がありますか？ はい ・ いいえ 「はい」と回答された方に伺います。 アレルギーが発症した場合に、救急車の手配が必要ですか？ はい ・ いいえ ・ 様子を見てお願いする
9 万が一、食物アレルギーが発症した場合には、どのような状態になりますか？発症する順に番号をつけてください。 皮膚 () 湿疹 () じんましん () 血管性浮腫 () _____ 口腔内 () しびれ () 唇の変色 () _____ () _____ 呼吸器 () 鼻閉 () 呼吸困難 () 呼吸停止 () _____ 循環器 () 不整脈 () 軽度の血圧低下 () 重度の除脈 () _____ () 血圧低下 () 心拍低下 () 心拍停止 () _____ 神経 () 軽度の頭痛 () 意識障害 () 意識消失 () _____ その他 () 嘔吐 () _____ () _____ () _____
10 打合せが必要ですか？ はい ・ いいえ () 食事毎の打合せ () 野外炊事等の食材の打合せ () 提供方法の打合せ () 代用食材, 代替食材等の確認
11 対応, その他, 意見がありましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

エムエフエス(株)大洲店 献立・アレルギー担当者 店長 松本

服薬等はこちらでは用意しておりません。

〒795-0001 愛媛県大洲市北只1086

個人情報ですので、大切に取り扱いいたします。

TEL 0893-24-6504 FAX 0893-24-6531