

やしろ会館 食事アレルギー確認カード	団体名：
-------------------------------------	-------------

ご利用日： _____ ※ご利用 1 週間前迄に提出して下さい。

フリガナ		保護者名：	性別 (男 ・ 女)
氏名			年齢：
電話番号	※詳細をうかがうためにお電話する場合があります。		

①アレルギーに該当する食品の□にレ印を入れてください。
 また、レ印を入れた項目について症状が出る調理法・食べ物に○をつけてください。

□	卵	生・加熱・加工物(デザート類・ドレッシングなど) 温泉卵・スクランブルエッグ・マヨネーズ・オムレツ ※揚げ物などのつなぎで使用されている卵は食べられますか? Yes / No [備考: _____]	
□	甲殻類	種類(_____) 生・加熱・その他(_____) ※魚介エキスや海老エキスは食べられますか? Yes / No (例: 味付け海苔⇒海老エキス使用 ミートボール⇒魚介エキス使用 しています)	
□	貝	種類(_____) 生・加熱・その他(_____)	
□	魚	生・加熱・加工物(シーチキンなど) だし(かつおだし・いりこだしなど)・青魚・白身魚 ※だしが食べられない場合、どのだしなら食べられますか?→(_____)	
□	豆類	ナッツ・大豆(しょうゆ・みそ) その他(_____)	
□	果物	種類(_____) ※缶詰・ゼリーなどの加工物は食べられますか? Yes / No ※りんご・バナナの成分が入った料理は食べられますか? Yes / No	
□	乳製品	牛乳・バター・チーズ・その他(_____)	

②上記以外の食品アレルギーがある人は、**具体的に**食品名と症状が出る調理法を記入してください。
 (例: 小麦を使った食品・そば・ゼラチン・ヤマイモ(加熱はOK、生はNG) など)

※全ての項目を記入してください。特に無い項目は「×」と記入してください。

上記内容に関して 起こりうる症状		常用薬品名	
症状が出た時の 対処方法		飲んではいけない 薬の種類	
かかりつけの 病院名と連絡先 <small>※不明な場合は 保護者にも確認しましょう</small>	病院名： 連絡先：		

※極力対応させていただきますが、医療機関ではありませんので、最終的にはご本人による対象物除去でお願いいたします。また、重度の方はご自分で用意したものをご持参ください。

ご記入日： _____ ※ご記入内容は当会館の食事提供のみに使用いたします。

送信先/やしろ会館 FAX : 0795-44-1096