

食物アレルギーをお持ちの方が居られない場合も必ずご記入ください。

様式 1

食物アレルギーをお持ちの場合、当日のメニューに関係なく必要項目すべてについてご記入ください。

この用紙は、7月 27日(金) 必着で 下記までご返送ください。

〒801-0812 北九州市門司区大字喜多久 784-1 北九州市立もじ少年自然の家

食物アレルギー対応調査シート

団体名及び 記入者氏名・連絡先	団体名：関門交流わんぱくキャンプ	記入者氏名：もじ 太郎
	連絡先：TEL 連絡がとりやすい番号 / FAX 000-0000	
施設ご利用 期間	平成 30年 8月 21日(火) ~ 8月 24日(金)	
アレルギー該当者	あり ・ なし ※ 「あり」の場合のみ、下記項目にご記入ください。	

◆下記、必要項目のご記入につきましては、次の内容をご確認ください。

- ※ 医師の診断を受けているアレルギー症状についてのみ、ご記入下さい。
- ※ この食物アレルギー対応調査シートは、団体の代表者の方が取りまとめた上でご提出ください。
- ※ 服薬等について、こちらで用意または管理致しておりません。
- ※ 調査シートは、利用当日の食品提供についてのみ利用するもので、法令で定められている場合を除き、利用・転用することはありません。

アレルギー 該当者	(フリガナ)	もじ ジロ	性別	男 ・ 女	
	氏名	もじ 次郎	4 年	年齢	10 歳
	緊急連絡先	000-0000-0000			
	キャンプでの食事対応	希望する ・ 希望しない			

※ 下記質問項目について、○印でチェックしてください。

アレルギー食品名	1. 卵 2. 乳 3. えび 4. かに
	5. 小麦 6. そば 7. ピーナッツ (落花生)
	8. その他 (ゴマ)
	※除去食をご希望の場合、アレルギー食品の食べられる範囲についてご記入ください
	(つなぎもマヨネーズも食べられない ・ ゴマのエキスも 食べられない)
	えび・かきの微量混入は食べられる。

気管支ぜんそく	1. あり	2. なし
アナフィラキシー 症状の既往	1. あり	2. なし
	※ありの場合 原因食物：(卵) 発症年月：平成 24年 10月頃	
アレルギー症状が 出現した場合の 対処方法	1. 内服薬 (薬品名 ・ 用法 ・ 用量 など)	
	2. 自己注射 (エピペン®)	
	3. その他 (すぐに連絡がほしい。)	
連絡事項 (原因食物を喫食した 場合の症状等)	口の中のかゆみ ・ 嘔吐。食べるのをやめ、安静にする。	