

食物アレルギー対応申込書

ご家族記入欄				(記入日 年 月 日)
アレルギーをお持ちの方のお名前	フリガナ _____ 様	ご住所	〒(-)	
年齢 (才)	性別 (男 ・ 女)	緊急連絡先		
保護者名	_____ 様	団体名	_____ 様	

ご家族様にお伺いします。「エピペン」をお持ちですか？でお答えください。

はい、持っています。 いいえ、持っていません。

アレルギーについて下記にお答えください。

② 普段食べられてる摂取レベルにしてください。○○なら食べれる等がありましたらその他記入欄にお書きください。

① 除去希望のアレルゲンに○を付けてください。	卵	完全除去 <input type="checkbox"/>	加工品は可 <input type="checkbox"/>	マヨネーズは可 <input type="checkbox"/>	つなぎは可 <input type="checkbox"/>	自分で取り除く <input type="checkbox"/>	その他記入欄
	乳	完全除去 <input type="checkbox"/>	加工品は可 <input type="checkbox"/>	乳糖は可 <input type="checkbox"/>		自分で取り除く <input type="checkbox"/>	その他記入欄
	小麦	完全除去 <input type="checkbox"/>	醤油は可 <input type="checkbox"/>	味噌は可 <input type="checkbox"/>	酢は可 <input type="checkbox"/>	自分で取り除く <input type="checkbox"/>	その他記入欄
	大豆	完全除去 <input type="checkbox"/>	油は可 <input type="checkbox"/>	醤油は可 <input type="checkbox"/>	味噌は可 <input type="checkbox"/>	自分で取り除く <input type="checkbox"/>	その他記入欄
	ごま	完全除去 <input type="checkbox"/>	油は可 <input type="checkbox"/>			自分で取り除く <input type="checkbox"/>	その他記入欄
	そば	完全除去 <input type="checkbox"/>				自分で取り除く <input type="checkbox"/>	その他記入欄
	落花生	完全除去 <input type="checkbox"/>	油は可 <input type="checkbox"/>			自分で取り除く <input type="checkbox"/>	その他記入欄
	エビ・カニ	完全除去 <input type="checkbox"/>	エキスは可 <input type="checkbox"/>			自分で取り除く <input type="checkbox"/>	その他記入欄
	魚貝類	摂取できない品目を記入ください		完全除去 <input type="checkbox"/>	エキスは可 <input type="checkbox"/>	自分で取り除く <input type="checkbox"/>	その他記入欄
	その他	摂取できない品目を記入ください				自分で取り除く <input type="checkbox"/>	その他記入欄

※完全除去(調理工程、原料含め一切使用禁止)