

## 食物アレルギー対応食 実施申請書

平成 年 月 日

株式会社 リエイ  
札幌営業所 様

氏名 \_\_\_\_\_ 印

食物アレルギーによる給食への対応について、下記のとおり申請いたします。  
 なお、アレルギー対応食の実施にあたり、微量混入（コンタミネーション）の可能性が  
 あることに同意いたします。

### 記

(ふりがな) 氏名		生年 月日	平成 年 月 日生
性別	女性	電話番号	
かかりつけの 病院・主治医	※かかりつけの病院がある時のみ記入	電話番号	
希望する対応内容（該当項目にチェックするチェック☑）			
「給食調理」で の対応	<input type="checkbox"/> 除去食希望（食品名 _____）		
	<input type="checkbox"/> 代替食希望（食品名 _____）		
「給食調理以 外」での対応	<input type="checkbox"/> ごはん停止 <input type="checkbox"/> パン停止 <input type="checkbox"/> めん停止		
	<input type="checkbox"/> 自己除去（食品名 _____）		
	<input type="checkbox"/> 弁当（または代替食）持参（食品名 _____）		
	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		

※微量混入も不可の場合、「その他」へその旨を御記入下さい。

## 食物アレルギー調査アンケート

平成 年 月 日

氏名	連絡先 (      -      -      )
給食利用日	年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( )

1 原因となる食品・症状がでる量・加熱したら食べられるかについて教えてください。

例: 原因食品が卵の場合 揚げ物のつなぎ程度であれば食べられるか等を確認する

原因食品	症状がでる量	加熱したら食べられるか
		食べられる・食べられない
		食べられる・食べられない
		食べられる・食べられない

2 おもな症状を教えてください。

3 家では、除去食をしていますか？ (    している    ・    していない    )

4 医療機関での検査・診断は受けましたか？ (    受けた    ・    受けない    )

5 治療の状況を教えてください

6 軽度なアレルギー発作の時、どのように対応しますか？

内服薬	有	無
吸入	有	無
エピペンの所持	有	無
携帯を希望する薬	有	無
内服薬保管の必要性	有	無

7 ごく微量(コンタミネーション)でもアレルギー症状を引き起こす可能性はありますか？(ある・ない)

8 アナフィラキシーをおこしたことがありますか？ (    ある    ・    ない    )

9 アナフィラキシー発生時の対応は？

10 食物以外のアレルギーはありますか？ (    ある    ・    ない    )

11 その他質問事項などございましたら下の枠にご記入おねがいたします。

※ご記入頂いた内容は個人情報に値します。プライバシー保護のもと厳重に書類を管理させていただきます。