

食物アレルギー事前お伺いシート

- この調査は「食物アレルギー」に関するものであり、「好き嫌い」の調査ではありません。
- 複数の原材料に亘って食物アレルギーがある場合や、アレルギーの程度によっては対応できない場合があります。悪しからずご了承ください。
- 折り返し、ご相談のお電話をさせていただきます。連絡先は必ずご記入ください。

(フリガナ)			性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	年齢	
ご芳名							歳
連絡先	TEL.	-	-	FAX.	-	-	
記入者	※アレルギーをお持ちの方がお子様の場合は、記入者の方に確認のご連絡をさせていただきます。						

- ① 現在、医師に「食物アレルギー」と診断され、通院していますか。
- 定期的に通院している。 1年以上通院していない。

- ② アレルギーの状況についてお知らせください。
原因食品にチェックし、それぞれの症状(呼吸器症状、消化器症状、皮膚症状、等)をご記入ください。

原因食品	症 状	原因食品	症 状
<input type="checkbox"/> 乳		<input type="checkbox"/> そば	
<input type="checkbox"/> 卵		<input type="checkbox"/> かに	
<input type="checkbox"/> 小麦		<input type="checkbox"/> えび	
<input type="checkbox"/> 落花生		<input type="checkbox"/> その他	

- ③ 今までにアナフィラキシーショックを起こしたことがありますか。
- はい いいえ

- ④ エピペンを処方されていますか。
- はい いいえ

- ⑤ 家庭内ではアレルギーの原因食品に対し、どのように対応していますか。例えば、完全除去しているのか、少しは食べているのか…等、お知らせください。

本シートは、食物アレルギーを持つ方が宿泊し飲食をされる場合に食の安全を確保するための資料とすることを目的としています。その他の目的に使用することは一切ありません。また、本シートは個人情報に留意の上、責任を持って保管・処分いたします。

以上の個人情報の取扱に同意の上、ご署名いただき本シートをご提出願います。

平成 年 月 日 ご署名