

第42回九州少年柔道大会

《 食物アレルギー調査票 》

アレルギー者が2名以上の場合は本紙(シート)をコピーして下さい

事前調査のご協力をお願い致します。ご記入頂きました内容をもとに宿舍及び弁当業者へ連絡致します。

尚、調査内容により宿舍を決定するものではありません。アレルギーの内容や程度により、ご対応いたしかねる場合もございます。

団体名			
記入者氏名	携帯		
	FAX		
対象者氏名 (カタカナ)	※①		
	◆弁当注文(対象者分)		

注意事項

本調査はアレルギーに関するものであり、食材の好き嫌い(好み)等のご対応はいたしかねます。予めご承知おき下さいます様お願い申し上げます。

本調査票は個人情報の取り扱いに留意の上責任を持って保管・処分致します。

※① - 申込書記載の弁当注文個数にアレルギー対象者分が含まれている場合は「有」、注文をしない場合は「無」をご記入ください。

※貴団体にアレルギー該当が無い場合は、本書面をご提出して頂く必要はございません。

① 該当の原因食物・各該当項目に✓を付けて下さい。(一部種類をご記入ください) ※✓が無い項目は喫食可

◆ご家庭での対応や既記されていない除去食品や注意点等ありましたら“その他”にご記入下さい。

原因食物	当てはまるもの全てにチェックして下さい。(チェック項目に色が付きます)	
<input type="checkbox"/> 卵 その他/備考	<input type="checkbox"/> 生卵不可 <input type="checkbox"/> 加熱しても不可 <input type="checkbox"/> フライや練り物等のつなぎ不可 <input type="checkbox"/> マヨネーズ不可	
<input type="checkbox"/> 乳 その他/備考	<input type="checkbox"/> 牛乳不可 <input type="checkbox"/> 乳製品不可(製品名:) <input type="checkbox"/> フライや練り物等のつなぎ不可	
<input type="checkbox"/> エビ <input type="checkbox"/> カニ その他/備考	<input type="checkbox"/> 生食不可 <input type="checkbox"/> 加熱しても不可 <input type="checkbox"/> エキス・だし不可 <input type="checkbox"/> 該当食物を揚げた油の使用	
<input type="checkbox"/> 蕎麦 その他/備考	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 蕎麦ガラ枕不可 <input type="checkbox"/> 茹で汁	
<input type="checkbox"/> 小麦 その他/備考	<input type="checkbox"/> 小麦製品完全除去 <input type="checkbox"/> フライや練り物等のつなぎ不可 <input type="checkbox"/> 醤油不可	
<input type="checkbox"/> ナッツ類 その他/備考	ナッツの種類() <input type="checkbox"/> そのものが不可 <input type="checkbox"/> エキス・ナッツ系オイル不可	
<input type="checkbox"/> タコ <input type="checkbox"/> イカ その他/備考	<input type="checkbox"/> そのものが不可 <input type="checkbox"/> エキス・だし不可 <input type="checkbox"/> 加熱しても不可	
<input type="checkbox"/> 貝 <input type="checkbox"/> 魚類 その他/備考	<input type="checkbox"/> 貝全般不可 <input type="checkbox"/> 魚全般不可 <input type="checkbox"/> エキス・だし不可 <input type="checkbox"/> 加熱しても不可 特定の種類()	
<input type="checkbox"/> ごま <input type="checkbox"/> 果物 その他/備考	<input type="checkbox"/> そのものが不可 種類()	
<input type="checkbox"/> 上記項目以外	原因食物:	除去食品や程度:
	対応方法:	

② アレルギーの症状等、知らせておきたいことがありましたらご記入下さい。

--

③ 食物アレルギーの症状が出た際の治療薬はお持ちですか？

<input type="checkbox"/> はい → () <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」とお答えになった方は下記ご確認ください。 ・()内にお薬のご記入、もしくはプルダウンから選択ください。 ・薬剤使用及び病院受診のタイミング・緊急時対応等について主治医から指示を受けておいて下さい。
--