

# 食物アレルギー確認表

会場  
(弊社記入)

# 1F ・ B1

○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。

○こちらのご提出をもって、ホームページに記載の「アレルギー対応に関するご案内」にご同意いただいたものとさせていただきます。

宿泊期間	年 月 日 ( ) ~ 泊			
ご予約名	教育旅行の場合は学校名(園名)と学年・組・番号の記載をお願いします			
(ふりがな)	生年月日		年齢	性別
食物アレルギー 対象者様名	年 月 日		歳	
緊急連絡先 (保護者等)	氏名		電話	

①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○印し、それぞれの症状やご希望等をご記入ください。

原因食物	極力除去	エキス反応	生食反応	コンタミ反応	その他/連絡事項	
特定 原材 料 7 品 目	えび	必要	有・無	有・無	有・無	
	かに	必要	有・無	有・無	有・無	
	くるみ	必要	/	/	有・無	
	小麦	必要	有・無	/	有・無	
		醤油での反応		有・無		
	そば	必要	有・無	/	/	
	卵	必要	有・無	有・無	有・無	
ハンバーグ等のつなぎや衣での反応		有・無				
乳	必要	有・無	有・無	有・無		
落花生	必要	有・無	/	有・無		
特定 原材 料 に 準 ず る	大豆	必要	有・無	/	有・無	
		醤油での反応		有・無		
	( )	必要	有・無	有・無	有・無	
	( )	必要	有・無	有・無	有・無	
( )	必要	有・無	有・無	有・無		

②本人は食べられない食品を分かっていますか？

はい  いいえ

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？

ない  ある(原因食品: )

④医薬品(エピペン・内服薬)を処方されていますか？

はい  いいえ

⑤上記以外に、医師により除去が必要と診断されている食品がある場合は、具体的な品目を下記にご記入ください。

部屋番号 (弊社記入)	