

団体名	学年 組	ふりがな氏名	男 女	保護者名
ご利用日 月 日() ~ 月 日() 泊 日	ご連絡先(TEL) 【 自宅・携帯() 】		連絡可能時間帯	

○食物アレルギー物質はありますか? ⇒ はい・いいえ

※ 連絡のとれる番号(携帯等)をお願いします。

↓ 記入は終了です。(提出不要)

※ 食物アレルギー物質の問いに、【はい】とご回答の場合は自己判断を避け、必ず提出をお願いします。

※【はい】の場合はアレルギー物質と対応の程度の番号を下記の【表I】にご記入ください。

対応程度 … つなぎ程度は大丈夫 ⇒ ① 加熱すれば大丈夫 ⇒ ② 完全除去(添加物も含めて) ⇒ ③ その他(宗教上等) ⇒ ④

※【備考】の特記事項(症状等)に詳細を記入してください。

調査票No.

個別調査票提出枚数

【アレルギー物質】	記号	備考【特記事項(症状等)】	【アレルギー物質】	記号	備考【特記事項(症状等)】
☆ 現在、【エピペン】を持っていますか。持っている ・ 持っていない ⇒ 持っていると答えた方 : 使用回数をお答えください。(1回・2回・3回以上)					
☆ 【運動性誘発アレルギー症状】をこじしたことがありますか。ある ・ ない					
☆ 学校では、【アレルギー対応】をしていますか。している ・ していない					

※嗜好(好き嫌い)の調査ではございません。趣旨をご理解いただきご記入をお願いします。

★設備の都合上、アレルギー物質(コンタミ)完全除去に対する対応はできません。(症状の状況により、対応食の持込みをお願いする場合がございます。)

☆以下は当方でアレルギー対応メニューを記入します。

アレルギー対応メニュー	月 日昼食	月 日夕食	月 日朝食	月 日昼食	月 日夕食	月 日朝食	月 日昼食

※ 上記対応メニューの確認をお願いします。不要な場合は、赤字の対応メニューを二重線で消してください。

※ 喫食メニューに該当する対応がない場合は、その旨を記入させていただきます。

※ 上記対応メニューの確認後、【別紙6】アレルギー調査集計表の提出と変更があった場合はこの個別調査票も一緒に提出をお願いします。

☆ この書面は個人情報が含まれますので、提出時には取扱いに十分ご注意ください。

※入所当日、この用紙をご持参ください。

株式会社エムシーフードサービス
〒435-0045 静岡県浜松市中央区細島町10-4
担当;池田
FAX ; 053-411-6213
E-mail ; mcfs.yaizu@gmail.com