

食物アレルギー調査票

必ず本人または保護者の方とご確認ください

団体名 _____ 氏名 _____

施設利用日 月 日 ~ 月 日

☆食べてはいけないものに○印をつけてください。

アレルゲン	除去の程度	その他必要な対応をご記入ください
卵 卵製品	<input type="checkbox"/> 玉子焼き・ゆで玉子	
	<input type="checkbox"/> プリン	
	<input type="checkbox"/> 天ぷら・フライの衣	
	<input type="checkbox"/> ハンバーグのつなぎ	
	<input type="checkbox"/> ハム・ウインナーのつなぎ	
	<input type="checkbox"/> マヨネーズ	
	<input type="checkbox"/> 玉子ふりかけ	
牛乳 乳製品	<input type="checkbox"/> 牛乳・コーヒー牛乳	
	<input type="checkbox"/> 乳酸菌飲料	
	<input type="checkbox"/> ヨーグルト	
	<input type="checkbox"/> チーズ	
	<input type="checkbox"/> 生クリーム	
	<input type="checkbox"/> 天ぷら・フライの衣	
	<input type="checkbox"/> ハンバーグのつなぎ	
	<input type="checkbox"/> ハム・ウインナーのつなぎ	
	<input type="checkbox"/> 乳糖	
大豆 大豆製品	<input type="checkbox"/> 大豆そのもの	
	<input type="checkbox"/> もやし	
	<input type="checkbox"/> その他豆類(キヌサヤ・サインゲン)	
	<input type="checkbox"/> 豆腐・油揚げ	
	<input type="checkbox"/> 大豆たんぱく	
	<input type="checkbox"/> 味噌	
	<input type="checkbox"/> しょうゆ	
	<input type="checkbox"/> その他調味料(コンソメ・鶏ガラスープ)	
	<input type="checkbox"/> サラダ油	
小麦 小麦製品	<input type="checkbox"/> パン	
	<input type="checkbox"/> 麺類	
	<input type="checkbox"/> 麩	
	<input type="checkbox"/> 天ぷら・フライの衣	
	<input type="checkbox"/> しょうゆ	
	<input type="checkbox"/> その他調味料(コンソメ・鶏ガラスープ)	

その他アレルゲン

	<input type="checkbox"/> 完全除去	
	<input type="checkbox"/> 加熱すれば可	
	<input type="checkbox"/> つなぎ可	
	<input type="checkbox"/> その他(右欄にご記入ください)	
	<input type="checkbox"/> 完全除去	
	<input type="checkbox"/> 加熱すれば可	
	<input type="checkbox"/> つなぎ可	
	<input type="checkbox"/> その他(右欄にご記入ください)	

<特に注意されていることがあればご記入ください>

※食事発注時は食物アレルギーの有無を確認してください。その際この調査票をお使いください。
 ※参加者に応じて、必要な枚数分をコピーしてご使用ください。