

# 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。

アレルギー	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	( ) 玉子焼き・ゆで玉子	
	( ) プリン	
	( ) 天ぷら・フライの衣	
	( ) ハンバーグのつなぎ	
	( ) ハム・ウインナーのつなぎ	
	( ) マヨネーズ	
	( ) 玉子ふりかけ	
牛乳 乳製品	( ) 牛乳・コーヒー牛乳	
	( ) 乳酸菌飲料	
	( ) ヨーグルト	
	( ) チーズ	
	( ) 生クリーム	
	( ) 天ぷら・フライの衣	
	( ) ハンバーグのつなぎ	
	( ) ハム・ウインナーのつなぎ	
	( ) 乳糖	
大豆 大豆製品	( ) 大豆そのもの	
	( ) もやし	
	( ) その他豆類(キヌサヤ・サインゲン)	
	( ) 豆腐・油揚げ	
	( ) 大豆たんぱく	
	( ) 味噌	
	( ) しょうゆ	
	( ) その他調味料(コンソメ・鶏ガラスープ)	
	( ) サラダ油	
小麦 小麦製品	( ) パン	
	( ) 麺類	
	( ) 麩	
	( ) 天ぷら・フライの衣	
	( ) しょうゆ	
	( ) その他調味料(コンソメ・鶏ガラスープ)	

## その他アレルギー

	( ) 完全除去	
	( ) 加熱すれば可	
	( ) つなぎ可	
	( ) その他(右欄にご記入ください)	
	( ) 完全除去	
	( ) 加熱すれば可	
	( ) つなぎ可	
	( ) 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。