

アレルギー調査票					記入日： 年 月 日	
フリガナ お名前		年齢		性別	男 ・ 女	
※未成年の場合 保護者氏名		続柄		緊急時の ご連絡先		
学校名(団体名)/クラス		ご利用予定日	月 日～ 月 日			

下表内で、アレルギーに該当する食品のみチェックをご記入ください。アレルギーの無い方はご提出いただく必要はありません。

原因食材	医師の 診断		医師の指示又はご希望される除去の程度			アナフィラキシー ショックの既往		備考
	無	有	全て 不可	加熱して あれば可	つなぎ等、少量 であれば可	有	無	
卵	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
生乳	☐	☐	☐		☐	☐	☐	
乳製品								
バター等の 調味料	☐	☐	☐		☐	☐	☐	
チーズ	☐	☐	☐		☐	☐	☐	
生クリーム	☐	☐	☐		☐	☐	☐	
小麦	☐	☐	☐		☐	☐	☐	
ナッツ類								
具体的な食品名								
全て	☐	☐	☐		☐	☐	☐	
	☐	☐	☐		☐	☐	☐	
	☐	☐	☐		☐	☐	☐	
その他								
具体的な食品名								
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
備考欄(その他、気になる点がございましたら、こちらにご記入ください)								

本事前調査をもとに、ご滞在中のお食事を安心して、召し上がっていただけましたら幸いです。
お食事の度、ご本人、未成年者の場合はご同行の保護者又は責任者の方が、安全確認にご協力いただきます様、
重ねてお願い申し上げます。