食物アレルギー事前お伺いシート

・ 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。
・ アレルギーの程度によっては対応できない場合があります。複数の原材料にわたって食物アレルギーがある場合や、「小麦」「大豆」「卵」などの成分アレルゲンは調味料にも含まれているため、全てを完全に除去対応することはできかねます。

ご利用日	年　月　日（　）	記入者名	

（フリガナ）		連絡先	TEL			
ご予約代表者様			FAX			
			メール　@			
（フリガナ）		性別	□ 男性 □ 女性	年齢		歳
アレルギー対象者様						

① 現在、医師に「食物アレルギー」と診断され、通院していますか？
□ 定期的に通院している　□ 1年以上通院していない

② 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？
□ はい　□ いいえ

③ エピペンを処方されていますか？
□ はい　□ いいえ

④ アレルギーの程度についてお知らせください。

原因食品	アレルギーの程度				原因食品	アレルギーの程度			
	つなぎ	エキス	生で提供の場合	火が通っている場合		つなぎ	エキス	生で提供の場合	火が通っている場合
□ 乳製品	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	□ そば	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可
□ 卵	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	□ かに	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可
□ 小麦	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	□ えび	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可
□ 落花生	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	□ その他（　）	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可

⑤ 家庭内ではアレルギーの原因食品に対し、どのように対応していますか？
例えば、完全除去しているのか、少しは食べているのか・・・などをお知らせください。

⑥ 原因食品を食した場合、それぞれの症状（呼吸器症状・消火器症状・皮膚症状など）をご記入ください。

本シートは、食物アレルギーを持つ方が飲食をされる場合に食の安全を確保するために資料とすることを目的としています。
その他の目的に使用することは一切ありません。本シートは個人情報に留意の上、責任を持って保管・処分いたします。
以上の個人情報取扱いに同意の上、ご署名いただき本シートをご提出願います。

平成　年　月　日　ご署名

サンピア セリーズ
TEL　088（866）7000
FAX　088（866）7017
Eメール　info@chres.jp