

# 食物アレルギー事前調査票【保護者記入】

<施設名>

リバーサイドホテル松栄、松栄第二別館

教育旅行用

本調査票は、食物アレルギーのあるお子様の校外活動において、宿泊施設における食の安全性を確保するための資料とすることを目的とし、宿泊施設、学校、チーム責任者及び旅行会社において共有するものです。その他の目的に使用することは一切ございません。また、本調査票は個人情報の取り扱いに留意の上、各機関・施設において責任を持って保管・処分致します。以上の個人情報取り扱い条件にご同意の上、本調査票にご記入下さいませ。

**内容を確認致しました上で、当施設での対応可否を含めご相談させていただきますので、あらかじめご了承下さいますようお願い致します。**

## 1. 本人情報

フリガナ		性別		学校名 団体名	
児童氏名 生徒氏名		年齢	歳	旅行期間	開始 年 月 日 終了 年 月 日

## 2. 保護者情報

記入者		関係		携帯電話	
〒		電話番号		FAX番号	
住所					

## 3. 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？

<input type="checkbox"/>	定期的に通院している	<input type="checkbox"/>	1年以上、通院していない
--------------------------	------------	--------------------------	--------------

## 4. 医師により除去が必要と診断されている食材について、街頭欄の除去の要否に☑をつけて下さい。

※ 食材の加熱／非加熱等、調理方法に関わらずアレルギーを起こす食材についてお答え下さい。

No	アレルギー物質	該 当 欄	
1	卵	<input type="checkbox"/> 除去が必要	<input type="checkbox"/> 除去は不要
2	小麦	<input type="checkbox"/> 除去が必要	<input type="checkbox"/> 除去は不要
	しょうゆ	<input type="checkbox"/> 除去が必要	<input type="checkbox"/> 除去は不要
3	そば	<input type="checkbox"/> 除去が必要	<input type="checkbox"/> 除去は不要
4	落花生	<input type="checkbox"/> 除去が必要	<input type="checkbox"/> 除去は不要
5	乳	<input type="checkbox"/> 除去が必要	<input type="checkbox"/> 除去は不要
6	えび	<input type="checkbox"/> 除去が必要	<input type="checkbox"/> 除去は不要
7	かに	<input type="checkbox"/> 除去が必要	<input type="checkbox"/> 除去は不要

## 5. 上記4以外に、医師により除去が必要と診断されている食品がある場合は、具体的にご記入下さい。

※食材として用いないで調理を行います。加工食品については表示義務のない食材があることから、確認ができないことがありますので、詳細は個別にご相談させていただきます。

--

## 6. 食物アレルギーの症状が出た場合の治療薬をお持ちですか？

※「はい」とお答えになった場合、薬剤使用及び病院受診のタイミングについて主治医から指示を受けておいて下さい。

<input type="checkbox"/>	はい（飲み薬・注射）	<input type="checkbox"/>	いいえ
--------------------------	------------	--------------------------	-----

<当館使用欄>

御宿泊日	御宿泊情報	受付日	受付担当者
年 月 日		年 月 日	

本調査票は、食物アレルギーのあるお子様の校外活動において、宿泊施設における食の安全性を確保するための資料とすることを目的とし、宿泊施設、学校、チーム責任者及び旅行会社において共有するものです。その他の目的に使用することは一切ございません。また、本調査票は個人情報の取り扱いに留意の上、各機関・施設において責任を持って保管・処分致します。以上の個人情報取り扱い条件にご同意の上、本調査票にご記入下さいませ。

**内容を確認致しました上で、当施設での対応可否を含めご相談させていただきますので、あらかじめご了承下さいませようお願い致します。**

1. 本人情報

フリガナ	タナカ ヒロシ	性別	男性	学校名 団体名	●●県立●●●中学校 野球部	
児童氏名 生徒氏名	田中 浩	年齢	14 歳	旅行期間	開始	2017年8月1日
	様				終了	2017年8月3日

2. 保護者情報

記入者	田中 和子	様	関係	母	携帯電話	000-0000-0000
〒	000-0000	電話番号	000-000-0000		FAX番号	000-000-0000
住所	●●県●●市●●町●●123-1 マンション●●501号室					

3. 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？

<input type="checkbox"/>	定期的に通院している	<input checked="" type="checkbox"/>	1年以上、通院していない
--------------------------	------------	-------------------------------------	--------------

4. 医師により除去が必要と診断されている食材について、街頭欄の除去の要否に☑をつけて下さい。

※ 食材の加熱／非加熱等、調理方法に関わらずアレルギーを起こす食材についてお答え下さい。

No	アレルギー物質	該 当 欄	
1	卵	<input type="checkbox"/> 除去が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 除去は不要
2	小麦	<input type="checkbox"/> 除去が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 除去は不要
	しょうゆ	<input type="checkbox"/> 除去が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 除去は不要
3	そば	<input checked="" type="checkbox"/> 除去が必要	<input type="checkbox"/> 除去は不要
4	落花生	<input type="checkbox"/> 除去が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 除去は不要
5	乳	<input type="checkbox"/> 除去が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 除去は不要
6	えび	<input type="checkbox"/> 除去が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 除去は不要
7	かに	<input type="checkbox"/> 除去が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 除去は不要

5. 上記4以外に、医師により除去が必要と診断されている食品がある場合は、具体的にご記入下さい。

※食材として用いないで調理を行います。加工食品については表示義務のない食材があることから、確認ができないことがありますので、詳細は個別にご相談させていただきます。

**・青魚（特にサバ）を食べると全身にジンマシンが出ます。その場合は、すぐに医師の診察を受けるよう主治医の指示を受けています。**

6. 食物アレルギーの症状が出た場合の治療薬をお持ちですか？

※「はい」とお答えになった場合、薬剤使用及び病院受診のタイミングについて主治医から指示を受けておいて下さい。

<input type="checkbox"/>	はい（飲み薬・注射）	<input checked="" type="checkbox"/>	いいえ
--------------------------	------------	-------------------------------------	-----

<当館使用欄>

御宿泊日	御宿泊情報	受付日	受付担当者
年 月 日		年 月 日	