

食物アレルギー事前調査票

<施設名>

リバーサイドホテル松栄、松栄第二別館

お客様用

お客様各位 本調査票は、食物アレルギーを持つ方が宿泊し飲食される場合に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ています。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、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。

| | | | | | |
|------|---|----|---|-------|--|
| フリガナ | | 性別 | | 電話番号 | |
| 御芳名 | 様 | 年齢 | 歳 | 携帯電話 | |
| 記入者 | 様 | 関係 | | FAX番号 | |

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？

| | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <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 |
|-------------------------------------|---------------------------------------|

2. アレルギーの状況についてお知らせ下さい。

※ 原因食品にチェックし、それぞれの症状（呼吸器症状、消化器症状、皮膚症状、等）をご記入下さい。

| 原因食品 | 症 状 | 原因食品 | 症 状 |
|------------------------------|-----|-----------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 卵 | | <input type="checkbox"/> 乳 | |
| <input type="checkbox"/> 小麦 | | <input type="checkbox"/> エビ | |
| <input type="checkbox"/> そば | | <input type="checkbox"/> カニ | |
| <input type="checkbox"/> 落花生 | | <input type="checkbox"/> 大豆 | |
| <input type="checkbox"/> その他 | | <input type="checkbox"/> | |

3. 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？

| | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

4. エピペンを処方されていますか？

| | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

5. 家庭内では、アレルギーの原因食品に対し、どのように対応されていますか？

※ 完全除去しているのか、少しは食べているのか、等をお知らせ下さい。

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

<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 | |

食物アレルギー事前調査票

※記入例

二別館

お客様用

お客様各位 本調査票は、食物アレルギーを持つ方が宿泊し飲食される場合に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ています。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、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。

| | | | | | |
|------|----------|----|------|-------|---------------|
| フリガナ | タナカ イチロウ | 性別 | 男性 | 電話番号 | 000-000-0000 |
| 御芳名 | 田中 一郎 | 年齢 | 40 歳 | 携帯電話 | 000-0000-0000 |
| 記入者 | 田中 和子 | 関係 | 妻 | FAX番号 | 000-000-0000 |

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？

| | |
|-------------------------------------|--|
| <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 |
|-------------------------------------|--|

2. アレルギーの状況についてお知らせ下さい。

※ 原因食品にチェックし、それぞれの症状（呼吸器症状、消化器症状、皮膚症状、等）をご記入下さい。

| 原因食品 | 症 状 | 原因食品 | 症 状 |
|--|-----|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> 卵 | | <input type="checkbox"/> 乳 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 小麦 | | <input checked="" type="checkbox"/> エビ | 全身にジンマシンが出る。 |
| <input type="checkbox"/> そば | | <input type="checkbox"/> カニ | |
| <input type="checkbox"/> 落花生 | | <input type="checkbox"/> 大豆 | |
| <input type="checkbox"/> その他 | | <input checked="" type="checkbox"/> ナッツ類 | 呼吸が困難になり、すぐに病院へ行く必要がある。 |

3. 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？

| | |
|--|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|--|------------------------------|

4. エピペンを処方されていますか？

| | |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> はい | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|---|

5. 家庭内では、アレルギーの原因食品に対し、どのように対応されていますか？

※ 完全除去しているのか、少しは食べているのか、等をお知らせ下さい。

・エビとナッツ類を完全に除去している。出汁やエキスとして入っていてもダメ。

<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 | |