

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。

**アレルギーの内容により当施設にて対応できかねる場合がございます。
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 ※未成年の方は保護者をご記入下さい。団体のお客様は学校・団体名をご記入下さい。

フリガナ		性別		旅行期間	開始	年	月	日
					終了			
氏名	様	年齢	歳	電話番号				
学校名 団体名				FAX番号				

2. 保護者情報 ※未成年の保護者の方はご記入下さい。

氏名	様	関係		携帯電話	
----	---	----	--	------	--

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. アレルギーの状況についてお知らせ下さい。

※ 原因食品を記入し、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
	生 (可・不可) つなぎ (可・不可) エキス (可・不可) 加熱処理済 (可・不可)		生 (可・不可) つなぎ (可・不可) エキス (可・不可) 加熱処理済 (可・不可)
	生 (可・不可) つなぎ (可・不可) エキス (可・不可) 加熱処理済 (可・不可)		生 (可・不可) つなぎ (可・不可) エキス (可・不可) 加熱処理済 (可・不可)

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頂きます。

--

6. 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。

--

7. 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
月 日		年 月 日	

食物アレルギー事前調査票

※記入例

<施設名> リバーサイドホテル松栄、松栄第二別館

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。

**アレルギーの内容により当施設にて対応できかねる場合がございます。
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 ※未成年の方は保護者をご記入下さい。団体のお客様は学校・団体名もご記入下さい。

フリガナ	タナカ ヒロシ	性別	男性	旅行期間	開始 2017年8月1日 終了 2017年8月3日
氏名	田中 浩 様	年齢	14 歳	電話番号	000-0000-0000
学校名 団体名	●●県立●●●中学校 野球部			FAX番号	000-000-0000

2. 保護者情報 ※未成年の保護者の方はご記入下さい。

氏名	田中 和子 様	関係	母	携帯電話	000-000-0000
----	----------------	----	----------	------	---------------------

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. アレルギーの状況についてお知らせ下さい。

※ 原因食品を記入し、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
卵	全身にじんましんが出る。	生	(可・不可)
		つなぎ	(可・不可)
		エキス	(可・不可)
		加熱処理済	(可・不可)
ナッツ	呼吸が困難になり、すぐに病院へ行く必要がある。	生	(可・不可)
		つなぎ	(可・不可)
		エキス	(可・不可)
		加熱処理済	(可・不可)

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頂きます。

--

6. 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。

**卵はしっかり焼いてあるものだけを食べている。火の通していないものは除去している。
ナッツ類は完全に除去している。**

7. 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 checked="" 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
月 日		年 月 日	