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。

た内容をもとに対応を同答させて頂きます。	

日

当館のアレルギー対応

ご記入頂きまし 1. 本人情報	た内容をもとに対応を回答さ 報 ※未成年の方は保護		団体の	お安様け学	校•団休夕もご記∵	入下さい	,					
フリガ		an cally revis		別	X MATOCIO	7,700	旅行期間	開始終了		年年	月月	日日
氏:	名		年	龄		歳	電話番号	# 学 」		<u>+-</u>	<u> </u>	
学校? 団体?		138				小火	FAX番号					
2. 保護者		その方けざ記えて	* 1 \									
氏:	一	様		係			携帯電話					
2 現大 5	 医師に「食物アレルギー」と記		フハキオ	-tv 2								
3. 况任、区	□ 定期的に通院し	1		か: (上、通院し	ていない				1			
4. アレルギ	ーの状況についてお知らせ		1						_			
	※ 原因食品を記入し、		(呼吸器	症状、消化		註状、領						
原因食品	症状				原因食品		症	伏				\dashv
		生 つなぎ エキス	(可	・不可) ・不可) ・不可)					生 つなぎ エキス	(回	・不可・不可・不可)
		加熱処理済	•	・不可)					加熱処理済	•	・不可	
		生	•	· 不可)					生ったざ	• -	・不可	′
		つなぎ	•	· 不可)					つなぎ	•	・不可	-
		エキス 加熱処理済	•	・不可) ・不可)					エキス 加熱処理済	•	「・不可 「・不可	
5. 上記4月	以外に、医師により除去が ※ 食材として用いない 詳細は個別にご相	で調理を行います						ら、確認が	ができないことがあ	りますの	で、	
6. 家庭内で	では、アレルギーの原因食品 ※ 完全除去しているの											
	X JIEMAU (VISO)	J. () Ola R. ()	7.200//3 (4 60000	C 1 CV%							
7. 食物アレ	ルギーの症状が出た場合の ※ 「はい」とお答えにな				9イミングについて: 1	主治医	ミから指示を受	そけておいて	て下さい。			
	□ はい(飲み薬	・注射) □	いいえ									
8. 当館では	蕎麦殻を使用しております	。除去をご希望	のお客様	まはご申告	下さいませ。							
<当館使用欄>												
御宿泊日			喀泊情報						受付日		受付担当者	ĭ

アレルギー事前調査票(2019改訂版).xlsx

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すようお願い致します。

ご記入頂きました内容をもとに対応を回答させて頂きます。

1. 本人情報 ※未成年の方は保護者がご記入下さい。 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 終了	2017年8月1日 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					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。
۷.	ᄶᄧᄆᄖᄣ	※ 木が牛の木造有の力は、正人下さい。

氏名 田中和子	関 係	母 携	携帯電話	000-000-0000
---------	-----	-----	------	--------------

3.	現在、	医師に「食	ξ物アレルギー	・」と診断され、	通院していま	きすか?
----	-----	-------	---------	----------	--------	------

定期的に通院している	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	全身にジンマシンが 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)				生 つなぎ エキス 加熱処理済	(可・不可) (可・不可) (可・不可) (可・不可)
ታ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 エキス (可 加熱処理済 (可・不可)				生 つなぎ エキス 加熱処理済	(可・不可) (可・不可) (可・不可) (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が、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。

□ はい(飲み薬・注射)) 🗆 いいえ	
--------------	---------	--

8. 当館では蕎麦殻を使用しております。除去をご希望のお客様はご申告下さいませ。

\ 国品区// 侧/					
御宿泊日	御宿泊情報	受付日		受付担当者	
月 日		年	月	日	

当館のアレルギー対応

後日、対応を記入しましてご返信致します。