

食物アレルギー等調査票

様式2

対象者が高校生以下の場合は、必ず保護者が記入してください。

記入日 令和 年 月 日

団体名		担当者氏名	印
利用日	令和 年 月 日 ~ 月 日	対象者氏名	
		保護者氏名 (日中連絡の取れる電話番号)	() (印)

食物アレルギー等について①～⑧すべての項目にお答えください。

①食物アレルギー等の病型などについてお答えください。

A. 食物アレルギー病型	
1.即時型	2.口腔アレルギー症候群
3.食物依存性運動誘発アナフィラキシー	
B. アナフィラキシー病型	
1.食物(原因)	2.食物依存性運動誘発アナフィラキシー
3.その他()	
C. 原因食物	
1.鶏卵	2.牛乳・乳製品
3.小麦	4.そば
5.ピーナッツ	6.種実類・木の実類()
7.甲殻類(エビ・カニ)	8.果物類()
9.魚介類()	10.肉類()
11.その他()	
D. 緊急時に備えた処方薬	
1.内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬)	2. アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」)
3.その他()	

②その他特別な理由により対応が必要な場合は、その食材名および詳細をご記入ください。

(例) 宗教上の理由で豚肉が食べられない、服用している薬の関係でグレープフルーツが食べられない など

アレルギーではないが、その他特別な理由がある場合記入してください。

③該当の原因食物の完全除去を必要とする場合は、「完全除去」を○で囲んでください。

完全除去を必要としない場合、「項目」の右側に食べられる物は○を、食べられない物は×をご記入ください

原因食物	完全除去	項目	○・×	項目	○・×
1 鶏卵	完全除去	① 生卵、半熟		④ マヨネーズ、ドレッシング	
		② 完全加熱		⑤ 加工品(ハム、パン、麺、デザート等)	
		③ フライ等のつなぎ		⑥ その他()	
2 牛乳・乳製品	完全除去	① バター、チーズ、生クリーム		④ カレー粉に含まれる乳成分	
		② ヨーグルト、乳酸菌飲料等		⑤ 加工品(ハム、デザート等)	
		③ フライ等のつなぎに含まれる乳成分		⑥ その他()	
3 小麦	完全除去	① フライ等のつなぎ		④ お茶(麦茶)	
		② カレー粉に含まれる小麦粉		⑤ その他()	
		③ しょうゆ等調味料に含まれる小麦粉			
4 そば	完全除去	① ペーストやパウダー		② その他()	
5 ピーナッツ	完全除去	① ペーストやパウダー			
		② その他()			
6 種実類・木の実類	完全除去	① ペーストやパウダー			
		② その他()			
7 甲殻類(エビ・カニ)	完全除去	① 原因食材のだし汁		③ その他()	
		② エキス、ペースト			
8 果物類	完全除去	① 生の状態		④ エキス、ペースト	
		② ジュース		⑤ その他()	
		③ 缶詰			
9 魚介類	完全除去	① 練り物(ちくわ、さつま揚げ、なると等)		④ 原因食材のエキス	
		② 原因食材のだし汁		⑤ その他()	
		③ 味付けのり、ふりかけ			
10 肉類	完全除去	① ペーストやパウダー			
		② その他()			
11 その他()	完全除去	① その他()		③ その他()	
		② その他()		④ その他()	

対象者が高校生以下の場合は、必ず保護者が記入してください。

食物アレルギー等調査票

様式2

記入日 令和 6年 4月 3日

団体名	江の川子ども会	担当者氏名	松川 花子
利用日	令和6年 5月4日 ~ 5月6日	対象者氏名	島根 健一
		保護者氏名 (日中連絡の取れる電話番号)	島根 良子 (012-3456-7890)

食物アレルギー等について①~⑧すべての項目にお答えください。

①食物アレルギー等の病型などについてお答えください。

A. 食物アレルギー病型
 1.即時型 2.口腔アレルギー症候群 3.食物依存性運動誘発アナフィラキシー

B. アナフィラキシー病型
 1.食物(原因 **エビ**) 2.食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3.その他()

C. 原因食物
 1.鶏卵 2.牛乳・乳製品 3.小麦 4.そば 5.ピーナッツ 6.種実類・木の実類()
 7.甲殻類(**エビ**・カニ) 8.果物類() 9.魚介類() 10.肉類()
 11.その他()

D. 緊急時に備えた処方薬
 1.内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2.アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」)
 3.その他()

②その他特別な理由により対応が必要な場合は、その食材名および詳細をご記入ください。

(例) 宗教上の理由で豚肉が食べられない、服用している薬の関係でグレープフルーツが食べられない など

アレルギーではないが、その他特別な理由がある場合記入してください。

③該当の原因食物の完全除去を必要とする場合は、「完全除去」を○で囲んでください。

完全除去を必要としない場合、「項目」の右側に食べられる物は○を、食べられない物は×をご記入ください

原因食物	完全除去	項目	○・×	項目	○・×
1 鶏卵	完全除去	① 生卵、半熟	×	④ マヨネーズ、ドレッシング	○
		② 完全加熱	○	⑤ 加工品(ハム、パン、麺、デザート等)	○
		③ フライ等のつなぎ	○	⑥ その他()	
2 牛乳・乳製品	完全除去	① バター、チーズ、生クリーム		④ カレー粉に含まれる乳成分	
		② ヨーグルト、乳酸菌飲料等		⑤ 加工品(ハム、デザート等)	
		③ フライ等のつなぎに含まれる乳成分		⑥ その他()	
3 小麦	完全除去	① フライ等のつなぎ		④ お茶(麦茶)	
		② カレー粉に含まれる小麦粉		⑤ その他()	
		③ しょうゆ等調味料に含まれる小麦粉			
4 そば	完全除去	① ペーストやパウダー		② その他()	
5 ピーナッツ	完全除去	① ペーストやパウダー			
		② その他()			
6 種実類・木の実類	完全除去	① ペーストやパウダー			
		② その他()			
7 甲殻類(エビ・カニ)	完全除去	① 原因食材のだし汁		③ その他()	
		② エキス、ペースト			
8 果物類	完全除去	① 生の状態		④ エキス、ペースト	
		② ジュース		⑤ その他()	
		③ 缶詰			
9 魚介類	完全除去	① 練り物(ちくわ、さつま揚げ、なると等)		④ 原因食材のエキス	
		② 原因食材のだし汁		⑤ その他()	
		③ 味付けのり、ふりかけ			
10 肉類	完全除去	① ペーストやパウダー			
		② その他()			
11 その他()	完全除去	① その他()		③ その他()	
		② その他()		④ その他()	

団体名	江の川子ども会	対象者氏名	島根 健一
-----	---------	-------	-------

※以下、入所中の食事のアレルギー表示付献立表および成分表(少年自然の家ホームページにて掲載)を見ながらお答えください。

④入所中の献立表と成分表をご覧になりましたか？

- はい
 いいえ

⑤入所中の献立で、アレルギー対応が必要ですか？

- はい ⇨ ⑥の記入に進んでください。
 いいえ ⇨ 当日の献立をそのまま配膳します。

※持ち込みの場合は、冷蔵庫で保管し、電子レンジ・湯せん等での対応が可能です。

⑥アレルギー対応について

	日付	曜日	朝昼夕	対象の料理名	一部除去を希望する場合、除去する食材	料理を完全除去し、持ち込みを希望する場合、持ち込むもの	備考
例	3/19	金	昼	エビピラフ	むきエビ		エビ抜きピラフ希望
例	3/20	土	朝	フルーツ(バナナ)		リンゴ	冷蔵庫で保管
例	3/20	土	昼	カレーライス		レトルトカレー	配膳されたご飯に、レトルトカレーをかけて提供希望
	5/4	土	夕	エビフライ		からあげ	電子レンジで温めて提供希望
	5/5	日	昼	ちらし寿司	刻みのり		
	5/6	月	朝	ふりかけ		持ち込みなし	

⑦①～⑥の項目で、記入漏れや間違いがないか、確認しましたか？ 確認しました

※ご記入ありがとうございました。なお、この個人情報は、食物アレルギー対応以外は利用いたしません。

⑧その他

- アレルギー対応については、利用の手引き「食物アレルギー等の対応について」を必ずご確認ください。
○詳しい内容を食堂から聞き取りをさせていただくことがありますので、その際には、ご協力をお願いします。
○ご不明な点があれば、下記までお問い合わせください。

(連絡先) 島根県立少年自然の家 食堂

TEL 080-6237-6735 受付時間 9:00～14:00

指導課	管理課	食堂