

# 食物アレルギー事前調査票（保護者記入）

ご記入後FAX(0544-54-2600)又はメール(oyado@nisinoya.co.jp)でご連絡ください。

(フリガナ) 宿泊者氏名	男性・女性 ( ) 歳
保護者氏名	
連絡先	(電話番号) (メール 又は Fax)
学校名(団体名)	
宿泊期間	令和 年 月 日 ~ 月 日

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。

定期的に通院している ・ 1年以上、通院していない

② エビペンを持参する ・ しない

	該当食材(1つずつ)	状態	過去のアレルギー発症状況と対処	備考
1		<input type="checkbox"/> 生がダメ <input type="checkbox"/> 加熱してもダメ <input type="checkbox"/> 加工品もダメ <input type="checkbox"/> つなぎやエキスとして含まれてもダメ <input type="checkbox"/> 製造ラインが同じでもダメ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> エビペンを使用した 症状	
2		<input type="checkbox"/> 生がダメ <input type="checkbox"/> 加熱してもダメ <input type="checkbox"/> 加工品もダメ <input type="checkbox"/> つなぎやエキスとして含まれてもダメ <input type="checkbox"/> 製造ラインが同じでもダメ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> エビペンを使用した 症状	
3		<input type="checkbox"/> 生がダメ <input type="checkbox"/> 加熱してもダメ <input type="checkbox"/> 加工品もダメ <input type="checkbox"/> つなぎやエキスとして含まれてもダメ <input type="checkbox"/> 製造ラインが同じでもダメ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> エビペンを使用した 症状	
4		<input type="checkbox"/> 生がダメ <input type="checkbox"/> 加熱してもダメ <input type="checkbox"/> 加工品もダメ <input type="checkbox"/> つなぎやエキスとして含まれてもダメ <input type="checkbox"/> 製造ラインが同じでもダメ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> エビペンを使用した 症状	
その他				

※ 枠が足りない場合は、コピーしてお使いください。