

食物アレルギーの対応について

利用者の皆様へ

食物アレルギーをお持ちの方に、できる限りの対応をさせていただきたいと考えております。
以下の点について、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

1. 基本は普通食メニューからの除去・代替対応

普通食メニューからの除去・代替対応を基本とし、普通食に類似したメニューを提供できるよう努めます。また、七大アレルゲンを含まない全部代替食も対応出来ます。

2. バイキング提供時の注意点

当レストランは、バイキング形式の為、隣の料理が混入する可能性があります。

ご自身で料理を取り分けてお召し上がりいただく場合は、自己判断となりますので、十分気を付けて料理を取られるようお願いいたします。（分からない事がありましたらご相談下さい）

また、調理上や製造上のコンタミネーション（混入）を防止する対応については保証が出来ませんので、ご理解いただきますようお願いいたします。（特に揚げ物については、揚げ油から様々な食品が混入します。）

3. 対応ができない場合

除去食品が極めて多い場合や、アナフィラキシーショック等重篤な症状を起こす可能性のある方は、万が一の事を考慮し厨房での調理は控えさせていただいております。

その場合は、ノンアレルゲン食品やお弁当等をご持参くださいますようお願いいたします。

以上のことをご理解いただいた上で、別紙の「食物アレルギー調査票」にご記入をお願いいたします。アレルギー対応で分からない事がございましたら、その旨をご記入ください。後日こちらからご連絡させていただきます。

連絡が取れない場合、対応ができなくなりますので、詳細を把握されている方の連絡先（希望があれば時間帯）をご記入ください。

有	無
---	---

食物アレルギー調査票

記入日 年 月 日

大枠内（下記 1～3）は、空欄のないよう、すべてご記入ください。
該当する食物アレルギーをすべてご記入ください。（好き嫌いについては、記入しない）

1. 利用者

利用日	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()	
団体名	ふりがな	
	対象者名	
電話番号	保護者名	印
FAX番号		
担当者名	携帯番号	
携帯番号	※レストランより連絡することがあります。 保護者名には、詳細を把握されている方の名前・連絡先をご記入ください。	

2. アレルギー症状

対象アレルギーに○を付けて下さい	本体のみ 成分も反応	小麦 ※①	鶏卵 ※②	乳製品 ※②	えび	いか	かに	そば	落花生
※アレルギー反応について「本体のみ反応」か「成分も反応」か○印を付けて下さい									
その他の食物アレルギー	※その他のアレルギーについても「本体」と「成分」の記載をお願いします								
症状、反応が出るまでの時間									
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	ない ・ ある (いつ頃) ※あるに○をつけた方は、レストランより詳細確認のため、ご連絡させていただきます。								

①上表2の小麦に「○」をした方は、下記の調味料について確認させてください。

小麦	醤油（可・不可）、みそ（可・不可）、小麦粉（可・不可）、料理酒（可・不可）
----	---------------------------------------

②上表2の鶏卵又は、乳製品に「○」をした方は、下記で該当するものに「○」で囲んでください。

鶏卵	生卵（可・不可）、半熟（可・不可）、加熱（可・不可）、つなぎ（可・不可） ※生卵・半熟は提供されません マヨネーズ・ドレッシング（可・不可）、ハム・ベーコン（可・不可）、めん類（可・不可）
乳製品	牛乳（可・不可）、ヨーグルト（可・不可）、チーズ（可・不可）、バター（可・不可） ※牛乳・ヨーグルトは提供されません マーガリン（可・不可）、ベーコン・ウィンナー（可・不可）、パン（可・不可）、乳成分（可・不可）

③日常生活（家、学校）での対応方法、その他ご意見がございましたらご記入ください。

3. レストランでの対応方法（ご希望の対応方法について、いずれかに○印を付けてください。）

() 一部代替食希望	普通食メニューからアレルギーを含む食材のみを除去して、一部代替品メニューで提供する。（アレルギー対応メニューから一部代替）
() 全部代替食希望	七大アレルギーを含まない食材に変更した専用代替食を提供する。（アレルギー対応メニューに全代替）
() 持ち込み希望	食堂で対応できない場合、弁当持参等に対応する。
() 対応希望なし	（理由： ）

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には利用致しません。

※この「食物アレルギー調査票」は、利用日の20日前までに、自然の家にご提出ください。

	団体担当者	施設担当者	食堂責任者
提出日	/	/	/
確認印	印	印	印