

## 食品アレルギーに関するアンケート①

この度は、レストラン「吉備の森」をご利用いただきありがとうございます。

滞在期間中の食事において、安心・安全な食事が提供出来るように「食品アレルギーに関するアンケート」をご用意しております。食品アレルギー体質をお持ちの方がいらっしゃる場合はご記入ください。  
(症状によっては、代替え・持参メニュー等での対応をしております。)

アンケートへの回答はお手数ですが、ご利用開始日の3週間前までにお願い致します。  
十分な打合せを行いたいと思いますので、FAX送信後お早めにご連絡下さい。

ご自分で判断できる方やメニュー及び使用食材が気になる方は、吉備青少年自然の家のホームページにメニューごとの原材料を掲示しておりますのでご利用下さい。

重度なアレルギー体質をお持ちのおお客様や、除去食品が極めて多い場合は、万が一のことを考慮し、食事の提供を控えさせていただくことがございますのでご了承ください。

ご記入日 平成 年 月 日 ( )

ご利用日 平成 年 月 日 ( ) 昼食・夕食 から

平成 年 月 日 ( ) 朝食・昼食 まで

団体名

連絡先 電話

担当者氏名

携帯

アレルギー体質のおお客様氏名

性別 男・女 年齢 歳

保護者氏名

連絡先 電話

携帯

1. 食べる(飲む)事によりアレルギー反応が起きる食材を教えてください。(油・調味料を含む)
2. アレルギー反応はどのような症状ですか？
3. 通常の食事について教えてください。本人が判断して食事しますか？
4. アレルギーの事でご希望・ご意見等がありましたらご記入ください。  
(記入例:一部のメニューを作って欲しい 一部のメニューを持参する 特別な対処は必要ない 本人が判断して食べる…など)

ご協力ありがとうございました。このアンケートは当目的以外での使用は一切いたしません。

重度の方、アナフィラキシーを発症する方はお手数ですが食品アレルギーに関するアンケート②についても記入をお願い致します。

食品アレルギー体質をお持ちのおお客様が複数人いる場合はコピーしてご使用ください。

受付日 平成 年 月 日 ( ) :

エムエフエス(株)吉備店 献立・アレルギー担当者 片山

〒716-1241 岡山県加賀郡吉備中央町吉川4393-82

電話 0866-56-7252 FAX 0866-56-7255

**食品アレルギーに関するアンケート②**  
(重度の食品アレルギーのお客様用)

団体名 \_\_\_\_\_

※①のご記入もお願いいたします。

ご利用日 平成 年 月 日 ( ) 昼食・夕食 から 月 日 ( ) 朝食・昼食 まで

アレルギー体質のお客様氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男・女 年齢 歳

1 アレルギーが発症する食材は？ _____	完全除去 ・ 一部除去
2 食物アレルギーが発症した場合の対応は出来ますか？ はい ・ いいえ	
① 担当責任者が対応できる。 はい ・ いいえ      ② 担当責任者以外で対応できる方は？ _____ 名	
③ 食事の際、アレルギー者本人とアレルギー対応できる方が一緒に食事を取りますか？ はい ( ) ( ) ・ いいえ ※( )内に一緒に食べられる方のお名前をご記入下さい	
3 本人が内服薬を持参しますか？ はい ・ いいえ 「はい」と回答された方に伺います。 内服薬を食事毎に 食前 ・ 食後 の服用を要します。	
4 本人が外服薬を持参しますか？ はい ・ いいえ 「はい」と回答された方に伺います。アレルギー症状が発症した場合に服用しますか？ はい ・ いいえ	
5 今までに吸入薬等を使用したことがありますか？ ある ・ ない 持参し発症した場合には ( 使用する ・ 使用しない )	
6 その他に注射薬等があればご記入ください。	
7 近隣の食物アレルギー対応の病院の情報等をお教えてください。	
8 食事の際、食物アレルギーが発症してアナフィラキシーショックの経験がありますか？ はい ・ いいえ 「はい」と回答された方に伺います。 アレルギーが発症した場合に、救急車の手配が必要ですか？ はい ・ いいえ ・ 様子を見てお願いする	
9 万が一、食物アレルギーが発症した場合には、どのような状態になりますか？発症する順に番号をつけてください。	
皮膚 ( ) 湿疹 ( ) じんましん ( ) 血管性浮腫 ( ) _____	
口腔内 ( ) しびれ ( ) 唇の変色 ( ) _____	
呼吸器 ( ) 鼻閉 ( ) 呼吸困難 ( ) 呼吸停止 ( ) _____	
循環器 ( ) 不整脈 ( ) 軽度の血圧低下 ( ) 重度の除脈 ( ) _____	
( ) 血圧低下 ( ) 心拍低下 ( ) 心拍停止 ( ) _____	
神経 ( ) 軽度の頭痛 ( ) 意識障害 ( ) 意識消失 ( ) _____	
その他 ( ) 嘔吐 ( ) _____ ( ) _____ ( ) _____	
10 打合せが必要ですか？ はい ・ いいえ	
( ) 食事毎の打合せ ( ) 野外炊事等の食材の打合せ	
( ) 提供方法の打合せ ( ) 代用食材、代替食材等の確認	
11 対応、その他、意見がありましたらご記入ください。	

ご協力ありがとうございました。

※服薬等はこちらでは用意しておりません。

※個人情報ですので、大切に取り扱いいたします。

エムエフエス(株)吉備店

献立・アレルギー担当者 片山

〒 716-1241 岡山県加賀郡吉備中央町吉川4393-82

電話 0866-56-7252

FAX 0866-56-7255