

食物アレルギー事前お伺いシート

- この調査は「食物アレルギー」に関するものであり、「好き嫌い」の調査ではございません。
- 複数の原材料に亘って食物アレルギーのある場合、全てにご対応できない場合がございます。恐れ入りますがご理解、ご協力をお願い申し上げます。

(フリガナ)		性別	□男性 □女性	年齢	
ご芳名					
ご連絡先	TEL	FAX			
ご宿泊日	年 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 アレルギーの状況について。
- 原因食品にチェックをし、それぞれの症状（呼吸器症状、消火器症状、皮膚症状等）をご記入下さい。

原因食品	症状	原因食品	症状
乳		そば	
卵		かに	
小麦		えび	
落花生		その他	

- ③ 今までに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。
- はい いいえ

- ④ エピペンを処方されていますか。
- はい いいえ

- ⑤ 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。
(例：完全に除去している。少量は食べられる 等)

本シートは、食物アレルギーを持つ方が宿泊し飲食をされる場合に食の安全を確保する為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、本シートは個人情報に留意の上、責任を持って保管・処分致します。

以上の個人情報の取り扱いに同意の上、ご署名頂き本シートをメール又は FAX にてご提出をお願い致します。

平成 年 月 日 ご署名 _____