

食物アレルギー給食対応申込書（保護者用）

年 月 日

団体名

宿泊日 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日（泊日）

保護者名 印

症状

・呼吸困難 ・咳き込む ・嘔吐 ・湿疹 ・痒み ・ショック

アナフィラキシーショックの既往症（有 ・ 無）

薬の使用

・ 無 ・ 有 薬品名（ ）

原因食品

1. 卵
2. 牛乳・乳製品
3. その他

症状が出たときの対処法および緊急対応

1. 内服薬
2. その他
3. 対処法

保護者緊急連絡先

1. 携帯
2. 自宅
3. 会社

給食業者との対応を希望しますか

1. する 後日電話等で相談させていただきます。
2. しない

※ 必ずご本人または保護者のかたが記入し、主催者の方に提出してください。