

給食 アレルギー対応シート

発信先 大阪市立長居ユースホステル (FAX 06-6699-5644)

送信日: 月 日 ()

利用団体名:

送信者:

利用日: 月 日 ~ 月 日

連絡先: TEL

: FAX

ふりがな ◆氏名	
ふりがな ◆保護者名	◆連絡先 TEL FAX

※保護者の方に栄養士からご連絡させていただく場合がございます。必ず連絡先をご記入くださいますようお願い致します。

①アレルギーの種類・程度

※製造ラインにおけるアレルゲンの除去に関しましては、対応致しかねます。ご理解くださいますようお願い申し上げます。

※下記の当てはまる欄に○をお願いします。

アレルギーの強度	0	1	2	3	4	5
	問題なく食べられる	その食品そのものだけ食べられない	その食品を使った加工品も食べられない	その食品が成分として使用されている調味料や食品までもが食べられない	食用油の共有ができない	調理器具の共有ができない
卵		(例: 生卵)	(例: 卵焼き、マヨネーズ)	(例: ふりかけ、ハンバーグ、フライ、かまぼこ)		
牛乳		(例: 牛乳)	(例: ヨーグルト、クリームコロッケ)	(例: カレールウ、ウインナー、ドレッシング)		
小麦		(例: パン、うどん)	(例: フライ、シチュー)	(例: 味噌、醤油、ドレッシング)		
落花生		(例: ピーナッツ)				
そば		(例: そば)				
えび		(例: エビフライ)	(例: えびせん)	(例: 焼きそばソース、皿うどん、味付のり)		
かに		(例: クリームコロッケ)				

<その他> 具体的な食品名と、その強度を記入してください。(例: 鶏肉2、そば1)

②その他、対応して欲しい事や連絡がありましたら記入してください

	◆対応方法【栄養士が記入いたします】
--	--------------------

※黒枠内のみご記入ください。