

食物アレルギー事前お伺いシート

- このアンケートは「食物アレルギー」に関する物であり、「好き嫌い」の調査ではありません。
- 複数の原材料に亘って食物アレルギーがある場合や、アレルギーの程度によっては対応できない場合があります。悪しからずご了承下さい。
- 折り返し、ご確認のお電話をさせて頂いております。連絡先は必ずご記入下さい。

(フリガナ)		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
ご芳名		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
ご予約日		ご宿泊日				
連絡先		携帯番号				
メールアドレス						
記入者	※アレルギーをお持ちの方がお子様の場合、記入者の方に確認のご連絡をさせて頂いております。					

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お知らせください。

原因食材にチェックし、それぞれの症状(呼吸器症状、消化器症状、皮膚症状、等)をご記入下さい。

原因食材	症状	原因食材	症状
<input type="checkbox"/> 乳		<input type="checkbox"/> そば	
<input type="checkbox"/> 卵		<input type="checkbox"/> かに	
<input type="checkbox"/> 小麦		<input type="checkbox"/> えび	
<input type="checkbox"/> 落花生		<input type="checkbox"/> 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、どのように対応していますか？例えば、完全除去しているのか、少しは食べているのか・・・等、お知らせください。

本シートは、食物アレルギーを持つ方が宿泊し飲食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扱に同意の上、ご署名いただき本シートをご提出お願い致します。

令和

年

月

日

ご署名
