

# 食物アレルギー調査票

平成 年 月 日

- ・食物アレルギーを把握するため、お手数ですが調査票へのご記入をお願いいたします。

トレーナー サポーター 氏名	ふりがな	年齢・性別	歳 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
電話： 携帯：	F A X：		

問1. 本人のアレルギーの症状をお書きください。

問2. アレルギーの原因となる食物は何ですか？

(例：卵、牛乳、小麦、そば、ピーナッツ、カニ、エビ、さば など)

問3. 食べさせてはいけない(食べられない)加工食品は何ですか？できるだけ詳しくお書きください。

(例：マヨネーズ、カレーのルー、チーズ、フライの衣、唐揚げ、ウインナー、カニエキスなど)

問4. その他特記事項がありましたらご記入ください。

※ この調査は、あくまで食物アレルギーの把握のためのものです。施設側で対応はできませんのでご了承ください。

※ キャンプ参加申し込み時にご提出ください。

社会福祉法人春日井市社会福祉協議会  
〒486-0857 春日井市浅山町一丁目2番61号  
春日井市総合福祉センター 担当：鈴木  
電話 (0568) 84-3611 F A X (0568) 84-3933