

食物アレルギー連絡表

*** 提出〆切：入所日の2週間前**

*** 提出方法：FAX (0869-67-1600) かメール (info@heartoss-feel.com)**

*** 本表を基に、下記担当者が詳細を確認するために連絡させていただきます。**

*** この連絡表はアレルギー対応以外に使用しません。**

*** メニューや食材が変更になる場合、食物アレルギー連絡票を提出いただいた上で
担当者と相談させていただき、成分表を送ることは可能です。**

*** 当店では特定原材料7品目及び、特定原材料に準ずる20品目の食材を使用しています。**

FAX 送信日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

団体名			TEL			
担当者			FAX			
利用期間	年 月 日 () ~		年 月 日			
アレルギー者氏名	年齢	性別	アレルゲン食材	処方薬等	希望対応	食堂記入
		男/女	卵・乳・小麦・落花生・そば・かに・えび 〔 _____ 〕	エピベン 飲み薬	(A) (B) (C) (D)	
		男/女	卵・乳・小麦・落花生・そば・かに・えび 〔 _____ 〕	エピベン 飲み薬	(A) (B) (C) (D)	
		男/女	卵・乳・小麦・落花生・そば・かに・えび 〔 _____ 〕	エピベン 飲み薬	(A) (B) (C) (D)	
		男/女	卵・乳・小麦・落花生・そば・かに・えび 〔 _____ 〕	エピベン 飲み薬	(A) (B) (C) (D)	
		男/女	卵・乳・小麦・落花生・そば・かに・えび 〔 _____ 〕	エピベン 飲み薬	(A) (B) (C) (D)	
		男/女	卵・乳・小麦・落花生・そば・かに・えび 〔 _____ 〕	エピベン 飲み薬	(A) (B) (C) (D)	
		男/女	卵・乳・小麦・落花生・そば・かに・えび 〔 _____ 〕	エピベン 飲み薬	(A) (B) (C) (D)	
備考						

※希望の対応を下記の中から選んで下さい。

- (A) 食材等持ち込み。(アレルギー症状が重い又はアレルゲン食材が多い。)
- (B) 個別食対応。(アレルゲン食材を除いた食事をカウンターで手渡します。)
- (C) 利用者が成分表を見ながら選んで食べられる。(利用団体の管理の下)
- (D) 特に対応の必要なし。

株式会社ハートスフィール TEL/FAX 0869-67-1600

担当 秋 上記につながらない場合は 090-9887-8600まで

E-mail info@heartoss-feel.com