

令和 7 年度 アレルギー対応確認表

弊社ではお給食のアレルギー対応をさせて頂くにあたりアレルギー症状の確認を致しております。
お手数ですがご記入の程、宜しくお願い申し上げます。

エンゼルフーズ株式会社

幼稚園・保育園名			記入日	年 月 日							
学年	年長 ・ 年中 ・ 年少 ・ 年少々		クラス名								
ふりがな			← * 必ずご記入をお願い致します								
園児名			性別	男	女						
保護者名	印										
自宅・FAX番号											
緊急連絡先(携帯)											
アレルギー物質(* 該当物質に○印をお願い致します)											
卵	乳製品	そば	(ピーナッツ) 落花生	クルミ・ナッツ類	ゴマ	エビ	イカ	カニ	魚卵	サバ	シヤケ
他魚介類	山芋	竹の子	ゼラチン	カカオ	トマト	リンゴ	もも	南国フルーツ	貝類	X	
症状についてご記入下さい											

- * 医師の診断書の添付をお願いする場合がございます。
- * ご記入頂いた内容は責任をもって管理し、代替食提供以外の用途には使用致しません。
- * 小麦・大豆・肉類(鶏・豚・牛)及び、上記物質以外は対応を控えております。
- * アナフィラキシーショック症状をお持ちの方、また重度の症状の場合は対応できません。
- * 上記アレルギー物質対応については症状の程度に関わらず該当物質除去食となります。
- * 代替食は上記アレルギー物質を全て使用しないメニューの1種類のみ提供となります。
- * アレルギー食対応ができない方は、お弁当容器の無料貸出を行っております。
- * 南国フルーツとは、キウイフルーツ、バナナ、パイナップル、マンゴー、パパイヤです。
- * 喫食経験のない食材は事前にご家庭で経験して下さい。
- 難しい場合は、給食の提供有無は各御家庭においてご判断下さい。
- つきましては、原則として本表には判明しているアレルギーのみご記入ください。

回答	
	栄養士

相模原支店
TEL 042-700-5511
FAX 042-700-5512

横浜支店
TEL 045-929-0145
FAX 045-929-3475