

アレルギー事前お伺いシート

ヒアリング日	担当

宿泊日			
フリガナ	ご連絡先	メールアドレス	
お名前		電話番号	
アレルギーをお持ちの方お名前	フリガナ		
		年齢	

- (1) 現在、医師に「食物アレルギー」と診断され、通院されていますか。
 定期的に通院している。 1年以上通院していない。 通院していない。
- (2) 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

(3) アレルギーの状況についてお知らせください。

原因食品にチェックし、それぞれの症状(呼吸器症状・消化器症状・皮膚症状・等)のご記入をお願いいたします。

原因食品	症状	原因食品	症状
<input type="checkbox"/> 乳		<input type="checkbox"/> 蕎麦	
<input type="checkbox"/> 卵		<input type="checkbox"/> 蟹	
<input type="checkbox"/> 小麦		<input type="checkbox"/> 海老	
<input type="checkbox"/> 落花生			
<input type="checkbox"/> その他	原因食品() 症状()		
<input type="checkbox"/> その他	原因食品() 症状()		

(4) アレルギーの程度

項目	どちらかに○印をつけて下さい
①つなぎ	可 ・ 否
②エキス	可 ・ 否
③出汁に使った場合	可 ・ 否
④調味料に成分が入っている場合	可 ・ 否
⑤食材を生で提供した場合	可 ・ 否
⑥食材に火を通して提供した場合	可 ・ 否

(5) 当社からのお願い ※ご確認の上、各項目にチェックをお願い致します

- 当社では、現在アレルギー対応の専任調理スタッフ及び専用の調理スペースや調理器具・什器類の対応は致しておりません。調理器具や什器類は一般的な洗浄を行い使用致しますので、それらに付着したわずかな成分(微量のアレルギー物質)までは完全に除去する事は出来ない状況でございます。また、(4)の①～④の項目に該当する場合も、当館では除去対応ができない状況でございます。その際は他メニューへの振替対応とさせていただきます。重度のアレルギーの方やアレルギーの程度によってはお食事のご持参をお願いする場合がございます。(お持込みのお食事が冷凍・レトルト等の場合、電子レンジや湯煎での温めは、当館にてお手伝いさせていただきます)
- 本シートはご宿泊日の3日前までに、当館に到着するよう、ご返送をお願い致します。期日を過ぎた場合、対応致しかねる場合がございます。
- 当日変更をご希望の際は、追加料金が発生する場合がございます。

※本シートは食の安全を確保する為の資料とする事を目的にしておりますので、他の目的には使用致しません。
 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。

