

配慮を希望するアレルギー疾患名簿

No.	氏名	症状	配慮の内容	配慮(要・不要)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

*上記に記名された方は「食物アレルギー対応票」の提出をお願いします。

個人情報の取り扱いについて

- (1)事業者の名称: 公益財団法人横浜市スポーツ協会
 (2)ご記入いただいた個人情報は、給食提供(アレルギー対応食)の管理のために利用します。
 (3)ご記入いただいた個人情報について、第三者へ提供することはありません。ただし、法律で定められている場合は除きます。
 (4)個人情報の取扱いについて、委託することはありません。
 (5)当協会が保有する個人情報の利用目的の通知・開示・内容の訂正・追加または削除・利用の停止・消去および第三者への提供の停止に応じる窓口は、(7)の問い合わせ先と同じです。
 (6)必要事項をご記入いただけない場合、お受けできない場合があります。
 (7)当協会の個人情報取扱いに関する苦情、相談等の問合せ先
 個人情報保護管理責任者 公益財団法人横浜市スポーツ協会 事務局長
 お問い合わせ窓口 総務部総務課 電話045-640-0011 FAX045-640-0021
 横浜市少年自然の家赤城林間学園 電話0278-24-7011 FAX0278-24-7966

学園の食事提供及び緊急時の対応に活用するため上記「個人情報取扱について」を確認ください。
 また記入された内容を学園全職員で共有することに同意いただけましたら署名をお願いします。
 保護者署名

食物アレルギー対応票

作成日: 令和 年 月 日

学校名	令和 年度 年 組
生年月日 (S・H・R 年 月 日)	性別 (男・女)
児童生徒名	
保護者氏名	

緊急連絡先

	氏 名	続 柄	電 話 番 号	特記事項
1			自宅・職場・携帯	
2			自宅・職場・携帯	
3			自宅・職場・携帯	

主治医

医療機関名・診療科名:	主治医名:
電話番号:	住所:

原因食品と摂取後の症状

--

学園給食に希望する対応内容

--

緊急時の対応

--

アナフィラキシーショックの経験の有無

いいえ はい(回数: 回 / 最後の発症: S・H・R 年 月 日 / 原因:)

※アナフィラキシー発症時は、必ず救急車を要請します。

食物アレルギー個人用カルテ 聞き取り記録票 (学園記入用)

令和

年度

学校名	氏名	男・女	保護者氏名:
年 組			連絡先電話番号:
アレルギー対象食品			
対応方法			
年月日	保護者との聞きとり記録・打合せ内容・連絡事項等		