

## 食物アレルギー対応に関するお願い

レストラン \_\_\_\_\_

総支配人 \_\_\_\_\_

食物アレルギーをお持ちのお客様にもお食事をお楽しみいただけるよう、できる限りの対応に取り組んでおり、ご要望に応じてメニューを提案いたします。

つきましては、**以下の内容に同意いただいた上で**、裏面の「食物アレルギー内容お伺いシート」をご記入ください。

1. 「好き嫌い」についてお伺いするものではありません。
2. 使用食材については、製造元からの情報をもとに確認しております。
3. 他のメニューと同一の厨房で調理するため、また調理・洗浄機器についても、他のメニューと共通のものを使用するため、調理過程においてアレルゲン物質が微量に混入する可能性があります。  
また使用食材も製造元の生産過程においてアレルゲン物質が微量に混入する可能性があります。
4. 上記事由により、提供する料理は完全にアレルゲン物質を除去したアレルギー対応メニューではございませんので、予めご留意くださいますようお願い申し上げます。  
また、「今までにアナフィラキシーを起こされた方」「エピペンを処方されている方」「現在、食物アレルギーで通院されている方」等、症状が重篤な場合はお客様の安全のため、やむをえず対応をお断りいたしますので予めご了承ください。
5. ご記入いただいた「食物アレルギー内容お伺いシート」の内容は、食物アレルギーを持つ方が飲食をされる場合に食の安全を確保するための資料とすること、また万が一の際に医療機関等への連絡・情報提供に使用することを目的としており、その他の目的に使用することは一切ありません。また、本シートは個人情報に留意の上、弊社株式会社万平ホテルで責任をもって管理保管・処分致します。

●上記の各項目に同意され、食物アレルギーに対応したメニューを希望される場合は、以下にご署名願います。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 (ご記入者)ご署名

レストラン使用欄 (ご予約内容等)

## 食物アレルギー内容お伺いシート

### ①お客様の情報をご記入ください

ご利用日	年 月 日 ( )	レストラン名		
(フリガナ)		ご本人性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
ご本人氏名		ご本人年齢	歳	
ご記入者氏名 (ご本人との間柄)	( )	ご記入者 連絡先電話		

### ②アレルギーの原因食材にチェックし、それぞれの症状(呼吸器症状、消化器症状、皮膚症状等)をご記入ください。

原因食材	症状	原因食材	症状
<input type="checkbox"/> えび		<input type="checkbox"/> キウイ	
<input type="checkbox"/> かに		<input type="checkbox"/> 牛肉	
<input type="checkbox"/> くるみ		<input type="checkbox"/> ごま	
<input type="checkbox"/> 小麦		<input type="checkbox"/> さけ	
<input type="checkbox"/> そば		<input type="checkbox"/> さば	
<input type="checkbox"/> 卵		<input type="checkbox"/> 大豆	
<input type="checkbox"/> 乳		<input type="checkbox"/> 鶏肉	
<input type="checkbox"/> 落花生		<input type="checkbox"/> バナナ	
<input type="checkbox"/> アーモンド		<input type="checkbox"/> 豚肉	
<input type="checkbox"/> あわび		<input type="checkbox"/> マカミアナツ	
<input type="checkbox"/> いか		<input type="checkbox"/> もも	
<input type="checkbox"/> いくら		<input type="checkbox"/> やまいも	
<input type="checkbox"/> オレンジ		<input type="checkbox"/> りんご	
<input type="checkbox"/> カシューナッツ		<input type="checkbox"/> ゼラチン	
<input type="checkbox"/> その他(できる限り詳細にご記入ください。)			

なお、以下の方は、お客様の安全のため、やむをえず対応をお断りいたしますので予めご了承ください。

- ・今までにアナフィラキシーを起こされた方
- ・エピペンを処方されている方
- ・現在、食物アレルギーで通院されている方
- ・その他、症状が重篤な方

#### レストラン使用欄

受付部署○	受付者	システム入力者	予約対応者	セールス対応者	フロント対応者	FB 対応者	テーブルNo.	調理対応者
予約 セールス フロント FB	印 or サイン	印 or サイン	印 or サイン	印 or サイン	印 or サイン	印 or サイン		印 or サイン

→コピー配布

→HACCP 帳票転記

提供内容	
------	--

→提供後、FB にてファイリング