

**【4/20-21 海とのつながりキャンプ】参加確認書**

<b>参加者情報</b>	氏名				ふりがな			
	生年月日 当日の年齢	西暦	年	月	日( 歳)	学年	性別	男・女
	自宅住所	〒						
	保護者氏名	【続柄: 父・母・その他( )】						
	日中繋がる 携帯電話	-	-	【続柄: 父・母・その他( )】				
	上記以外の 緊急連絡先	-	-	【続柄: 父・母・その他( )】				

<b>健康調査</b>	大きな病気やケガをしたことがありますか？ ない / ある ⇒ 年月・部位・回数							
	現在治療中の病気や怪我はありますか？ ない / ある ⇒ 部位・病院名と電話番号							
	現在内服している薬はありますか？ ない / ある ⇒ 薬品名・回数・量							
	服用できない薬はありますか？ ない / ある ⇒ 具体的に							
	湿疹・喘息等ご心配なことはありますか？ ない / ある ⇒ 具体的に							
	アレルギー〔食べ物・動植物〕はありますか？ある場合は、下記項目に○もしくはその他にご記入ください ない / ある ⇒ 卵・乳製品・小麦・そば・落花生・エビ・カニ・その他( )							
	身長	cm	体重	kg	平常体温	度	血液型	型
	◆スタッフに対し、希望されることや、気を付けて欲しいことはありますか？ ない / ある ⇒ 具体的に ※トイレ、身辺整理、食事の量や偏食、宿泊、集団行動などの生活面、キャンプで期待していることなど							

<b>その他</b>	当日の【名栗げんきプラザ】までの交通手段はどちらですか？※電車の方は必ず手引きの <b>交通案内</b> をご確認ください。 交通手段: 往路:自家用車 / 電車 復路:自家用車 / 電車 その他: _____
	過去に名栗げんきプラザの主催事業へ参加したことがありますか？ ない / ある ⇒ 事業名
	毎月配信中の「メールマガジン」へ登録することができます。ご希望の方は、下記にメールアドレスをご記入ください。

**『参加確認書』は、4月5日(金)までに記入いただき、ご提出ください。**

**『アレルギー個別対応申込書』は必要な場合のみ、上記期日までに記入いただき、ご提出ください。**

※この用紙に記載いただいた個人情報は、アレルギー情報管理やプログラム運営のために使用いたします。個人情報をお客様の同意を得ずに第三者へ提供、開示等することは一切いたしません。

※事業のご案内等を、お客様に送付させていただく場合がございます。  
不要な方は、下記チェックボックスへチェックを入れてください。

事業のご案内等の送付を希望しません。

**お問い合わせ・参加資料送付先**

埼玉県立名栗げんきプラザ(担当: 栗原未樹・町田)  
〒357-0111 飯能市上名栗 1289-2  
TEL: 042-979-1011 FAX: 042-979-1013  
MAIL: naguri@tokyu-com.co.jp

# アレルギー個別対応申込書

## 取り扱い注意

アレルギー対応をご希望の場合は、必要事項をご記入の上、**4月5日(金)**までに提出してください。  
 ※アレルギー以外で食事制限のある方(病気の治療・宗教上の理由等)も、こちらのシートをご提出ください。  
 ※提出は参加確認書と同様に名栗げんきプラザへご提出ください。

対応については、単純に除去するだけでなく、代替食での個別対応を基本原則とします。  
 しかしながら、以下の点につきましてはご了承の上、お申し込みをお願いいたします。  
 ・掲載情報は、アレルギー症状を発症しないことを確実に保証するものではありません。ご注文にあたっては、  
 ご利用者様による最終的な判断をお願いいたします。  
 ・他のメニューと同一の厨房で調理しているため、加工または調理の過程において、微量のアレルギー物質が混入する  
 可能性があります。  
 ・調理、洗浄機などについても、他のものと共通のものを使用しています。

事業名	海とのつながりキャンプ	担当者名	栗原未樹
-----	-------------	------	------

該当者名(ふりがな) ※必須		回答連絡先 携帯電話番号	
該当者氏名		回答 FAX または メールアドレス	

<b>アナフィラキシーショックの確認</b>  できる限り詳しい状況を 「摂取した時に現れる症状」欄にご記入ください。	<input type="checkbox"/> 起こす	<input type="checkbox"/> 食事一式持込みます
		<input type="checkbox"/> 代替食を希望します
	<input type="checkbox"/> 起こさない	<input type="checkbox"/> 代替食を希望します
		<input type="checkbox"/> 通常メニューで提供

アレルギー 原因食材	摂取した時に 現れる症状	症状:	
直近の発症日	年 月 日頃	常にエピペンを持ち歩いている場合 <input type="checkbox"/> 自分で打てる <input type="checkbox"/> 自分で打てない ※自分で打てない場合: 名栗げんきプラザ職員が打っても良いか <input type="checkbox"/> はい →サイン: _____ <input type="checkbox"/> いいえ →対応方法( _____ )	
かかりつけの 病院			<input type="checkbox"/> 微量のコンタミネーションでも症状が出る
病院の 電話番号			<input type="checkbox"/> 外食したことがない
			<input type="checkbox"/> 給食では弁当を持ち込んでいる
		<input type="checkbox"/> その他( _____ )	

利用中のメニューでアレルギーに該当するもの	特記事項										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20%;">月日</th> <th style="width: 80%;">メニュー</th> </tr> <tr> <td style="background-color: yellow;">例) 4月5日朝</td> <td style="background-color: yellow;">例) A: 卵焼き</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	月日	メニュー	例) 4月5日朝	例) A: 卵焼き							例) 卵は火が通っていれば問題ない
月日	メニュー										
例) 4月5日朝	例) A: 卵焼き										

※書類提出後、食堂担当者よりアレルギー対応確認の連絡があります。  
 食堂からの回答内容を確認後、保護者の方がサインをし、名栗げんきプラザに再度ご提出ください。