

『名栗シニア自然塾 年間シート』参加確認書

参加者情報	氏名				ふりがな		
	生年月日 年齢	西暦	年	月	日(歳)	性別	男・女
	自宅住所	〒					
	日中繋がる 携帯電話	-	-	-	-	-	-
	上記以外の 緊急連絡先	-	-	-	-	【続柄:	氏名:

健康調査	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( )
ここ1年の体験活動の経験をお聞きます。該当するものに○をしてください 1)山登り(500~1,000m程度の低山)の経験はありますか？ ない / ある / 1年以上前にはある ⇒頻度は？ 毎月1回以上・2~3か月に1回くらい・半年に1回くらい・1年に1回くらい ⇒経験ある方にお聞きます。よく登る山はどこですか？( ) 2)30分程度の運動(ウォーキング、ジョギング、水泳など)はしていますか？ ない / ある / 1年以上前にはある ⇒頻度は？ 週5日以上・週3日程度・週1日程度・月に数日程度	
◆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	

その他	各回の集合場所までの交通手段はどちらですか？見込みでけっこうです。 ① 自家用車／電車 ②自家用車／電車 ③自家用車／電車 ④自家用車／電車 ⑤自家用車／電車⑥自家用車／電車
	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？ ある / ない ⇒ 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8日(土)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:井上)

〒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・回答書

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8日(土)**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・同意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。

主催事業名	名栗シニア自然塾 年間	事業担当者	井上 茂樹
-------	-------------	-------	-------

ふりがな		回答連絡先 携帯電話番号	
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	<input type="checkbox"/> 常にエピペンを持ち歩いている <input type="checkbox"/> 微量のコンタミネーションでも症状が出る <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( )
かかりつけの病院	普段の対応	
病院の電話番号		

利用中のメニューでアレルギーに該当するもの	回答(食堂記入)																
<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 style="background-color: yellow;"> <td>4月5日</td> <td>A:卵焼き</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </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	4月5日	A:卵焼き													
月日	メニュー																
4月5日	A:卵焼き																

※回答内容の承諾      ご署名:      食堂担当責任者:高木康博

----- 以下記入不要 -----

食事	夕食	朝食	昼食		団体送信	事務所確認
受取者						