



『令和6年度シニア自然塾』参加確認書

参加者情報	氏名		ふりがな	
	生年月日 当日の年齢	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)ふだん自転車は乗りますか？ 乗る / 乗らない ⇒ふだん乗っているのはどんな自転車ですか？ ・シティサイクル(ママチャリ) ・マウンテンバイク ・電動アシスト自転車 ・ロードバイク ・その他	
3)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	

コメントの追加 [n1]: シニア向けの質問です。その他の事業は抜く、もしくは事業に合わせた質問に変更。ボランティア事業なら、ボランティア経験や期待することなど。釣りなら、釣りの経験など。対象者把握をするために用いる。2/17 高橋

その他	目的地までの交通手段はどちらですか？ (交通手段) 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6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き場合がございます。
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6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	名栗シニア自然塾	担当者名	井上
-----	----------	------	----

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	

アナフィラキシーショックの確認 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"/> 起こさない	<input type="checkbox"/> 代替食を希望します
		<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	普通の対応	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"> <tr> <th>月日</th> <th>メニュー</th> </tr> <tr> <td>例) 4月5日朝</td> <td>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。