

『6/3-4 親子もりっこクラブ』参加確認書

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

|      |   |
|------|---|
| 健康調査 | 大きな病気やケガをしたことがある方はいますか？<br>ない / ある ⇒ 氏名・年月・部位・回数  |
|      | 現在治療中の病気や怪我がある方はいますか？<br>ない / ある ⇒ 氏名・部位・病院名と電話番号   |
|      | 現在内服している薬がある方はいますか？<br>ない / ある ⇒ 氏名・薬品名・回数・量  |
|      | 服用できない薬がある方はいますか？<br>ない / ある ⇒ 氏名+具体的に  |
|      | 湿疹・喘息等ご心配な方はいますか？<br>ない / ある ⇒ 氏名+具体的に  |
|      | アレルギー[食べ物・動植物]がある方はいますか？<br>ない / ある ⇒ 氏名+具体的に   |
|      | ◆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<br>※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 |

|     |  |
|-----|--|
| その他 | 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7交通案内をご確認ください。<br>交通手段) 往路: 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？<br>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、5月19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:藤井)  
〒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、**5月19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 | 6/3-4 親子もりっこクラブ | 担当者名 | 藤井 洋毅 |
|-----|-----------------|------|-------|

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

|  |                                |                                    |
|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>アナフィラキシーショックの確認</b><br><br>できる限り詳しい状況を<br>「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<br>原因食材 |        | 摂取した時に<br>現れる症状 | 症状:  |
|---------------|--------|-----------------|--|
| 直近の発症日        | 年 月 日頃 | 普段の対応           | 常にエピペンを持ち歩いている場合<br><input type="checkbox"/> 自分で打てる<br><input type="checkbox"/> 自分で打てない<br>※自分で打てない場合:<br>名栗げんきプラザ職員が打っても良いか<br><input type="checkbox"/> はい<br>→サイン: _____<br><input type="checkbox"/> いいえ<br>→対応方法( _____ ) |
| かかりつけの<br>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<br>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。