

『7/26 いきもの博士になろう②夏のむし編』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>当日の年齢 | 西暦 | 年  | 月 日( 歳) |  |
|                | ふりがな          |     | 学年            |    | 性別 | 男・女     |  |
|                | 氏名            |     | 生年月日<br>当日の年齢 | 西暦 | 年  | 月 日( 歳) |  |
|                | ふりがな          |     | 学年            |    | 性別 | 男・女     |  |
|                | 氏名            |     | 生年月日<br>当日の年齢 | 西暦 | 年  | 月 日( 歳) |  |
|                | ふりがな          |     | 学年            |    | 性別 | 男・女     |  |
|                | 氏名            |     | 生年月日<br>当日の年齢 | 西暦 | 年  | 月 日( 歳) |  |
|                | ふりがな          |     | 学年            |    | 性別 | 男・女     |  |
|                | 氏名            |     | 生年月日<br>当日の年齢 | 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：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。ご希望の方はメールアドレスをご記入ください。<br>送信先アドレス: _____                    |

『参加確認書』は、7月5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。

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・上原子)  
〒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、**7月5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、代替食での個別対応を基本原則としますが、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。

|           |                       |      |      |
|-----------|-----------------------|------|------|
| 日程<br>事業名 | 7/26 いきもの博士になろう②夏のむし編 | 担当者名 | 井上茂樹 |
|-----------|-----------------------|------|------|

|               |  |                 |                    |     |    |
|---------------|--|-----------------|--------------------|-----|----|
| ふりがな          |  | 年齢              | 歳                  | 学年  | 年生 |
| 該当者氏名         |  | 連絡先             | 携帯電話番号             |     |    |
|               |  |                 | FAX または<br>メールアドレス |     |    |
| アレルギー<br>原因食材 |  | 摂取した時に<br>現れる症状 |                    | 症状: |    |

|                                                               |                                |                                    |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| アナフィラキシーショックの確認<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 |

|              |        |           |                                                                                                                                                                                                              |
|--------------|--------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 直近の発症日       | 年 月 日頃 | 普段の<br>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><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→サイン:<br><input type="checkbox"/> いいえ→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<br><input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                   |

|                                    |         |                  |
|------------------------------------|---------|------------------|
| 事業中のメニューでアレルギーに該当するもの<br>※参加の手引き参照 |         | 特記事項             |
| 月日                                 | メニュー    | 例)卵は火が通っていれば問題ない |
| 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。