

『9/21～9/22 親子防災キャンプ』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 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 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 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 当日の年齢	西暦	年 月 日(歳)	
	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: 】	

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？ 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？ 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？ 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？ 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？ 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？ 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 ※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。 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？ 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、8月30(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
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: 町田・上原子)
〒357-0111 飯能市上名栗 1289-2
TEL:042-979-1011 FAX:042-979-1013

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、**8月30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	親子防災キャンプ	担当者名	町田 淳
-----	----------	------	------

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"/> 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	普段の対応	<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。