

『3/20 歴史と地形ハイキング』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
	自宅住所	〒		
	日中繋がる 携帯電話	-	-	男 ・ 女
	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)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 2) 普段の生活の中で歩くことを意識的にやっていますか？ やっている / 特に意識してやっていない ⇒意識してやっている方にお聞きます。具体的にどんなことですか？次の中で当てはまることに○をつけてください。 散歩をしている 最寄りの駅やコンビニまで歩いて行く エスカレーターやエレベーターは使わず階段を使う その他( )
◆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	当日の【和光市駅】までの交通手段はどちらですか？ ※電車の方は必ず手引き内の「7交通案内」をご確認ください。 (当日の交通手段) 自家用車 / 電車
	過去に名栗げんきブ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、2月28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きます場合がございます。

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ブラザ(担当: 井上・平野)  
〒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、2月28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	歴史と地形ハイキング	担当者名	井上茂樹
-----	------------	------	------

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	

<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	普段の対応	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" 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										