# 食物アレルギー事前確認票

**□電話での打合せを希望する**

①参加者情報

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| キャンプ名 | | 参加日 | 西暦　　年　　月　　日　～　　日 | | |
| 利用施設名 | | ふりがな | | 性別 | |
| 団　体　名 | 特定非営利活動法人ピープルアクティブライフ | 氏　　名 | | 歳 | |
| 団体担当者 | 谷口　拓 | 保護者名 | ㊞ | 続柄 | |

②食物アレルギー情報

| | | |
|---|---|---|
| 食物アレルギー病型 | □ 即時型　□ 口腔アレルギー症候群型　□ 特殊型(食物依存性運動誘発アナフィラキシーなど) | |
| 原因アレルゲン | □ 卵　□ 乳　□ 小麦　□ そば　□ 落花生　□ えび　□ かに | |
| | 詳細 | |
| | □ その他　（　　） | |
| | 詳細 | |
| 症状が出現するまでの時間 | □ 即時型（　　分）　□ 遅発型（　　時間）　□ 遅延型（　　日）　□ そのほか（　　）　□ 症状なし | |
| アレルゲンを摂取した場合の症状 | | |

③アナフィラキシーについて

| | | |
|---|---|---|
| アナフィラキシーの有無 | □ なし　□ あり | 該当アレルゲンを記入してください |
| アナフィラキシー病型 | □ 食物　□ 食物依存性運動誘発アナフィラキシー(FEIAn/FDEIA)　□ そのほか（　　） | |

④緊急時に備えた処方薬

| | | | |
|---|---|---|---|
| □ | 内服薬　[　抗ヒスタミン薬　・　ステロイド薬　・　そのほか（　　）　]　冷蔵保存　[　希望する　・　希望しない | | |
| □ | アドレナリン自己注射薬　[　エピペン®注射液0.3mg　・　エピペン®注射液0.15mg　]　冷蔵保存　[　希望する　・　希望しない | | |
| □ | そのほか　[ | □ | 薬の持参無し |

⑤食事の希望について

※A/B/Cいずれかに○をしてください。

| 食事の対応方法 | A.通常メニュー希望 | B.代替食・除去食希望 | C.家庭からの持参希望 |
|---|---|---|---|
| 代替・除去するアレルゲン又は食品 | | 食物アレルゲンの中でも摂取可能な食材 | |
| (例)大豆、豆腐、油揚げなどの加工食品 | | (例)味噌・醤油などの調味料 | |
| (例)大豆を含む食品のすべて | | (例)なし | |
| | | | |

※施設によっては対応できないことがございます。その場合は持参をお願いする場合がございます。

| 担当者記入欄 | キャンプ担当 | アレルギー担当 |
|---|---|---|
| | ㊞ | ㊞ |