

ご提出いただくご参加者様：新規申込の方 又は 2018年度春までにご参加いただいた方（新年度の為、再度ご提出下さい。）

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	<input type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群型 <input type="checkbox"/> 特殊型(食物依存性運動誘発アナフィラキシーなど)		
原因アレルギー	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに		
	詳細		
	<input type="checkbox"/> 特定原材料に準ずるもの () <input type="checkbox"/> その他原材料 ()		
原因アレルギー	詳細		
	症状が出現するまでの時間	<input type="checkbox"/> 即時型 (分) <input type="checkbox"/> 遅発型 (時間) <input type="checkbox"/> 遅延型 (日) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 症状なし	
アレルギーを摂取した場合の症状 (具体的に記入下さい)			

③アナフィラキシーについて

アナフィラキシーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	該当アレルギーを記入してください
アナフィラキシー病型	<input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー(FEIA _n /FDEIA) <input type="checkbox"/> その他 ()	

④緊急時に備えた処方薬

<input type="checkbox"/>	内服薬 [抗ヒスタミン薬 ・ ステロイド薬 ・ その他 ()]	暗所/冷所保存 [希望する ・ 希望しない]
<input type="checkbox"/>	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]	暗所/冷所保存 [希望する ・ 希望しない]
<input type="checkbox"/>	その他 []	<input type="checkbox"/> 薬の持参無し

⑤食事の希望について

※A/B/C/Dいずれかに○をしてください。

食事の対応方法	<input type="checkbox"/> A: 通常メニューを希望	<input type="checkbox"/> B: 対応食/除去食を希望	<input type="checkbox"/> C: 家庭からの持参	<input type="checkbox"/> D: 自己判断で取り分ける
代替・除去するアレルギー又は食品	食物アレルギーの中でも摂取可能な食材			
(例) 卵…生や半加熱処理のものは摂取不可。	(例) 卵…マヨネーズは摂取可。加熱処理してある場合は摂取可			
(例) 小麦…小麦が含まれているものは摂取不可。	(例) 乳…チーズ、ヨーグルトなどは摂取可。加熱処理は摂取可			

※施設によっては対応できない場合がございます。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
印	印

ご提出いただくご参加者様：新規申込の方 又は 2018年度春までにご参加いただいた方（新年度の為、再度ご提出下さい。）

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	ばる たろう				性別	男
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	波瑠 太郎				10	歳
団体担当者	谷口 拓	保護者名	波瑠 花子				続柄	母

②食物アレルギー情報

食物アレルギー病型	<input checked="" type="checkbox"/> 即時型 <input type="checkbox"/> 口腔アレルギー症候群型 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input checked="" type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに							
	詳細	卵…生不可、加熱処理しているものは摂取可能。但し、不完全加熱処理は摂取不可 そば…摂取不可。(そば殻の枕にも反応します)						
	<input type="checkbox"/> 特定原材料に準ずるもの () <input type="checkbox"/> その他原材料 ()							
症状が出現するまでの時間	<input checked="" type="checkbox"/> 即時型 (10 分) <input type="checkbox"/> 遅発型 (時間) <input type="checkbox"/> 遅延型 (日) <input type="checkbox"/> そのほか () <input type="checkbox"/> 症状なし							
アレルゲンを摂取した場合の症状 (具体的に記入下さい)	卵…生食・加熱不足を摂取した場合は、喉の腫れ、じんましんなどが見られる。 そば…アナフィラキシー症状が発生する。							

③アナフィラキシーについて

アナフィラキシーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	該当アレルゲンを記入してください そば
アナフィラキシー病型	<input checked="" type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 食物依存性運動誘発アナフィラキシー(FEIA/FDEIA) <input type="checkbox"/> そのほか ()	

④緊急時に備えた処方薬

<input checked="" type="checkbox"/> 内服薬	抗ヒスタミン薬 ・ ステロイド薬 ・ そのほか ()	暗所/冷所保存 [希望する ・ 希望しない]
<input checked="" type="checkbox"/> 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]	暗所/冷所保存 [希望する ・ 希望しない]
<input type="checkbox"/> そのほか	[]	<input type="checkbox"/> 薬の持参無し

⑤食事の希望について

※A/B/C/Dいずれかに○をしてください。

食事の対応方法	A: 通常メニューを希望	B: 対応食/除去食を希望	C: 家庭からの持参	D: 自己判断で取り分ける
代替・除去するアレルゲン又は食品	食物アレルギーの中でも摂取可能な食材			
(例) 卵…生や半加熱処理のものは摂取不可。	(例) 卵…マヨネーズは摂取可。加熱処理してある場合は摂取可			
(例) 小麦…小麦が含まれているものは摂取不可。	(例) 乳…チーズ、ヨーグルトなどは摂取可。加熱処理は摂取可			
卵…生食、不完全加熱のものは摂取不可 そば…摂取不可	卵…マヨネーズ、つなぎ、調味料は可、完全加熱処理のものは摂取可			

※施設によっては対応できない場合がございます。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 印	アレルギー担当 印
--------	-------------	--------------