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		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
印	印