**健康調査票**

（様式２）

|  |
| --- |
| 　　　フリガナ |
| 参加者氏名　　　　　　　　　　　　性別　　　　生年月日　　　　年　　月　　日　　　血液型　　　　　 |
| 住所 |
| 自宅電話番号： 携帯番号： |
| 緊急連絡先・お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　）　　　　　　TEL：（　　　　　）－（　　　　　）－（　　　　　）　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 薬品・食品などアレルギーはありますか？※YESとお答えの方は、アレルギーの原因、症状など詳しく御記入ください。 | YES・NO | 品名： |
| 2. キャンプの参加経験※今まで参加したもので、サマーキャンプに限りません。 | YES・NO | 　　　回・最長　　泊　　日 |
| 3. 既往歴 | YES・NO | 病名： |
| 4. 最近何か病気や怪我をしましたか？ | YES・NO | 病名： |
| 5. 現在病気や怪我で医師の治療を受けていますか？ | YES・NO | 病名： |
| 6. 現在何か薬を飲んでいますか？※YESとお答えの方は、何のお薬かも御記入下さい。 | YES・NO | 薬品名： |
| 7．抗生物質・薬品により異常症状を起こしたことがありますか？ | YES・NO | 薬品及び症状 |
| 8．高熱で引きつけを起こしたことがありますか？ | YES・NO |  |
| 9．おう吐・下痢・便秘・鼻血などを起こしやすいですか？ | YES・NO | おう吐・下痢・便秘・鼻血 |
| 10.かかりやすい病気がありますか？ | YES・NO | 病名： |

＊その他連絡事項があれば御遠慮なくお書きください。

|  |
| --- |
|  |

※この健康調査票はキャンプ中、お子様の健康管理、万が一の緊急時の対応のために調査し、使用するものです。お子様の安全確保のために必要なものです。**該当項目がない場合も、必ず提出してください。**また、この調査票は、情報が必要なスタッフのみが取扱い、キャンプ終了後は廃棄処分致します。御理解、御協力をお願いいたします。