

健康調査票（スカウト・指導者共通）

					年 月 日記入
フリガナ				生年月日	年 月 日
氏名				性別	
住所	〒				
	電話番号 ()				
保護者氏名				続柄	
緊急連絡先	電話番号 ()				
身長	cm	体重	kg	血液型 (型 RH)	
最近1ヶ月以内に病気やケガで医者にかかりましたか？					
1. はい (病名 時期) 2. いいえ					
生まれてからこれまでに大きな病気やケガはありましたか？					
1. はい (病名 時期) 2. いいえ					
けいれんを起こした事がありますか？					
1. はい (回数 最後に起こした時期) 2. いいえ					
現在治療中の病気はありますか？					
1. はい (病名 状態) 2. いいえ (お薬)					
食物アレルギーはありますか？					
1. はい (たまご・牛乳・小麦・その他 >) 2. いいえ ※1. はいでも加工食品、加熱食品は大丈夫な場合その他の欄に記入してください 症状 (発疹・吐き気・呼吸困難・その他)					
薬物アレルギーはありますか？					
1. はい (薬品名等 症状) 2. いいえ					
日常の健康状態および習慣					
<input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 好き嫌いがある (食べられない物:) <input type="checkbox"/> カゼをひきやすい <input type="checkbox"/> 腹痛をよく起こす <input type="checkbox"/> 頭痛がある <input type="checkbox"/> 胃腸をこわしやすい <input type="checkbox"/> 少食である <input type="checkbox"/> 便秘しやすい <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 乗り物に酔いやすい					
平熱 (度 分)	便通 (日に 回)		普段の起床 (時頃)		
当日の健康状態					
朝の体温 (度 分) 今朝便は出ましたか? (はい ・ いいえ)					
朝食メニュー () (過食 ・ 普通 ・ 少食)					
今朝の機嫌・体調はどうですか? ()					
その他、注意すべき点がありましたら記入してください。(持薬、夜尿症など)					