

## 健康調査票（親権者同意書一体）

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	コンタクトレンズの使用	有・無
<p>I. この1か月の健康状態（該当項目の番号を○で囲み、_____部分には所要事項を記入する）</p> <p>1. 健康である</p> <p>2. 病気をしたが（学校、仕事を）休むほどではなかった</p> <p>3. 病気のため休んだことがある 病名_____ いつ頃_____ 日数_____ 日</p>					
<p>II. 1. 該当する症状（□にチェックしてください）</p> <p>① <input type="checkbox"/> 便秘をしやすい      ② <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい      ③ <input type="checkbox"/> 胃痛や腹痛をおこしやすい</p> <p>④ <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい      ⑤ <input type="checkbox"/> 熱がでやすい      ⑥ <input type="checkbox"/> 扁桃腺が腫れやすい</p> <p>⑦ <input type="checkbox"/> 目が充血しやすい      ⑧ <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい      ⑨ <input type="checkbox"/> 出血すると止まりにくい</p> <p>⑩ <input type="checkbox"/> 疲れやすい      ⑪ <input type="checkbox"/> 貧血を起こしやすい      ⑫ <input type="checkbox"/> ときどき頭痛がする</p> <p>⑬ <input type="checkbox"/> 皮膚が弱い(太陽・虫・他)      ⑭ <input type="checkbox"/> 喘息発作を起こすことがある</p> <p>2. 該当項目を○で囲み、所要事項を記入してください</p> <p>①薬品アレルギー      ある      ない</p> <p>発症薬品名 [ _____ ]</p> <p>症状 [ _____ ]</p> <p>②その他のアレルギー（食べ物・花粉等）      ある      ない</p> <p>発症原因 [ _____ ]</p> <p>症状 [ _____ ]</p> <p>③常時服用している薬      ある      ない</p> <p>病名 [ _____ ]</p> <p>薬品名 [ _____ ]</p>					
<p>III. その他、生活・身体上のことで留意することがありましたらお書きください。</p>					

保護者の確認：

**私は医療行為に伴い生ずる個人情報を同行の指導者へ伝えることに同意します**

年 月 日 (署名) \_\_\_\_\_

参加隊長確認： 年 月 日 (署名) \_\_\_\_\_

- ※①この健康調査書は、記入後2枚（本部スタッフは1枚）コピーします。本書は会場到着時に受付へ提出し、1枚は隊指導者が持参、残りの1枚は本人が常時携帯してください。（小さく折って、参加カードのケースに入れておきましょう）
- ※②健康保険証のコピーを作成し、1枚を隊指導者提出用健康調査書の裏面に添付し（参加隊スカウトのみ）、1枚を参加カードのケースに挿入してください。
- ※③健康状態に不安がある場合は、あらかじめ医師の診断を受け、参加できることを確認してください。