健康調査書・個人情報に関する同意書（成人用）

記入日　H28 年　　月　　日

ふりがな		原団	団	生年月日	性　別
氏　名		配属部署		年　月　日	男・女
住　所	〒	電話	（　　）	本人の同意	私は医療行為に生ずる個人情報を同行の指導者へ伝えるコトを同意します。
緊　急 連絡先	氏名		参加者との続柄	電話	携帯等緊急

身長	cm	体重	kg	コンタクトレンズの使用	有・無

Ⅰ　この1ヶ月の健康状態（該当の項目の番号を囲み、＿＿＿部分には所要事項を記入する。）

1. 健康である。
2. 病気をしたが（学校、仕事）を休む程ではなかった
3. 病気のため休んだことがある。　病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿いつ頃＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿日数＿＿＿日

Ⅱ. 1. 該当する症状（□にチェックをしてください）

① □ 便秘しやすい　② □ 下痢をしやすい　③ □ 胃痛や腹痛をおこしやすい
④ □ 風邪をひかやすい　⑤ □ 熱がでやすい　⑥ □ 扁桃腺が腫れやすい
⑦ □ 目が充血しやすい　⑧ □ 鼻血が出やすい　⑨ □ 出血すると止まりにくい
⑩ □ 疲れやすい　⑪ □ 貧血を起こしやすい　⑫ □ ときどき頭痛がする
⑬ □ 皮膚が弱い（太陽、虫、他）　⑭ □ 喘息発作を起こすことがある

2. 該当項目を○で囲み、所要事項を記入してください

①薬品アレルギー　（　ある　・　ない　）
　発症薬品名〔　　〕
　症状　〔　　〕
②その他のアレルギー（食べ物・花粉等）　（　ある　・　ない　）
　発症原因　〔　　〕
　症状　〔　　〕

※消毒薬（ヨード剤、アルコール、プール消毒剤など）による、発赤、皮膚炎等の既往のある方は、記入してください。

Ⅲ. 常時服用している薬　（　ある　・　ない　）※服用中の薬がある場合は、薬局でもらう薬剤情報の紙を持参してください。

病名〔　　〕薬品名〔　　〕
病名〔　　〕薬品名〔　　〕
病名〔　　〕薬品名〔　　〕
病名〔　　〕薬品名〔　　〕

Ⅳ. 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記入ください。

※1　この調査書は2枚作成（コピー可）。会場到着時に団グループ本部に1枚提出。❖1枚は本人が持参。
※2　健康保険証と一緒に携行してください。
※3　健康状態に不安がある場合は、予め医師の診察を受け、参加できることを確認してください。
※4　キャンポリー出発前、1週間前から健康状態を確認してください。
※5　この調査書に記入いただいた個人情報は、キャンポリー参加者の大会期間中の健康管理を目的に使用し、目的以外には一切使用しません。大会期間後は速やかに適切な方法で廃棄します。