健康調査書・個人情報に関する同意書

記入日　H28 年　　月　　日

ふりがな		所属	団	生年月日	性　別
氏　名			隊	年　月　日	男・女
住　所	〒	電話	（　　）	保護者の承認	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。（保護者署名）
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　〔　　〕
③常時服用している薬　（　ある　・　ない　）
　病名　〔　　〕
　薬品名　〔　　〕

※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。

※服用中の薬がある場合は、各局でもらう薬剤情報の紙を持参してください。

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記入ください。

Ⅳ. 今期のインフルエンザ等について

①今期インフルエンザにかかったことが　（　ある　・　ない　）
②今期インフルエンザ予防ワクチンを　（　受けた　・　受けていない　）
　②で受けたと答えた人は、受けた時期を記入してください。　（　　）年（　　）月頃
③麻疹の予防ワクチンを　（　受けた　・　受けていない　）
　③で受けたと答えた人は、受けた時期を記入してください。　（　　）年（　　）月頃

※1　この調査書は2枚作成（コピー可）。大会出発集合時に参加隊長に1枚提出。❖1枚は本人が持参。
※2　健康保険証のコピーを作成し、❖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。