

フリガナ 氏名	千葉県 第 団	部門	生年月日 西暦 年 月 日	満 歳
保護者氏名	住所 〒 -	TEL 携帯	FAX	
1. 身体状況 身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ 度 脈拍数 _____ /分 血液型 _____ (RH) 型				
2. 既往症 (あてはまるものを○で囲み、病名を下の欄に詳しく記入してください。) [なし / あり] 循環器疾患 呼吸器疾患 消化器疾患 腎臓疾患 糖尿病 リウマチ 貧血 けいれん発作 ぜんそく 高血圧 低血圧 過換気症候群 伝染病 アレルギー [なし / あり] (何のアレルギーなのかをすべて細かく下の欄に記入してください。) * 詳しい病名・何時・その時の症状・現在の状態など				
3. 記入日より、1週間前からの健康状態 (症状があるものについて○をつけてください) かぜをひいている 頭が痛い 熱がある 体がだるい せきができる 鼻水が出る のどが痛い どうきがする めまいがする はきけがする 下痢 便秘 腹痛 胃痛 けいれんを起こす 耳が痛い 歯が痛い 眼疾患 皮膚炎 じんましんがでる 食欲がない 睡眠がとれない 月経困難 けがをした 伝染性疾患 (はしか、おたふくかぜ、風疹など) の恐れがある ※ 詳しい症状またはその他気になること [なし / あり]				
4. 記入日より、1年以内に受けた予防接種血清 [なし / あり] ※ある場合：種類 _____ 受けた年月日 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日				
5. 現在服用している薬 [なし / あり] 当日持っている薬 [なし / あり] 薬の種類・名前・使用法				
6. 特記事項 (宗教上の医療拒否も含む) [なし / あり]				
7. 緊急連絡先	昼間 TEL	夜間 TEL		
8. 保護者の承諾 (20歳未満の参加者の場合は必ず記入してください) * _____ (参加者氏名) が健康であることを認め _____ (事業名) に参加させます。 * 病気、けがが発生した場合、主催者側指定の医師にかかることを承諾します。 * 緊急を要する病気、けがの場合、専門医への受診、入院などに関する処置は診察医、責任者の判断におまかせします。ただし、手術などの必要が生じた場合は、保護者が了承した上で立ち会います。 * 主催者の指示以外の行動をとったことによる病気、けがの責任は保護者にあることを承諾します。 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 保護者氏名 _____ 印				
9. 参加者本人の同意 * 期間中、主催者の指示に従うことに同意します。 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 参加者氏名 _____ 印				
10. 団以外の事業に参加する場合 団・部門リーダーの連絡先：氏名 _____ TEL _____ 携帯 _____				

注意 (1) 疾病もしくは既往症がある方は、必ず医師の精密検査を受けてください。事業への参加が可能という診断があった場合のみ参加できます。

(2) すべての欄で記載漏れがあったり、保護者および参加者のサインおよび印のない場合は、主催者側で責任を負えないことがあります。

(3) 健康保険証の複写は、期間中は参加者本人が必ず携帯すること。