**健康カード**

一般社団法人ガールスカウト千葉県連盟

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 　　 FAX  携帯 | | |
| 1. 身体状況   身長　　　 　cm 体重　　　 　kg　体温　　　 　度　脈拍数　　　　 ／分　血液型 　 　(RH 　 ）型 | | | | | | | |
| 1. 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　 リュウマチ　 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 | | | | | | | |
| 1. 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　〕 | | | | | | | |
| 1. 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 | | | | | | | |
| 1. 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 | | | | | | | |
| 1. 特記事項（宗教上の医療拒否も含む）〔　なし　/　あり　〕 | | | | | | | |
| 1. 緊急連絡先 | 昼間 TEL | | | | | 夜間 TEL | |
| 1. 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　　　　　　　　　　　印または署名 | | | | | | | |

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　　　　　　　　　　　印または署名

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押印または署名のない場合は、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。**