

健康カード

一般社団法人 ガールスカウト福井県連盟

フリガナ 氏名	ガールスカウト 福井県 第 団	部門	生年月日 西暦 年 月 日	満 歳
保護者氏名	住所 〒 -	TEL	FAX	
E-mail				
1. 身体状況 身長 cm 体重 kg 胸囲 cm 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、病名を詳しく記入してください。 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 (種類) その他 () ※詳しい病名・症状				
3. 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 どろろがする 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) 伝染病疾患の恐れがある ※詳しい症状またはその他気になること				
4. 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 年 月 日				
5. 現在服用している薬の種類・名前				
6. 保護者からの特記事項 (宗教上の医療拒否も含む)				
7. 保護者の緊急連絡先	昼間 TEL	夜間 TEL		
8. 保護者の承諾 * (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				

●参加者本人の同意

* 期間中、指導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

注意

- 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。
- 記載漏れや、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。
- 健康保険証の複写が必要な場合は、プライバシー保護のため封筒に入れ当日提出してください。