

健康連絡表

ふりがな 参加者氏名		学年	年生	クラブ名		
		年齢	才			
住所	(〒 -)				体重	kg
TEL (緊急連絡先)	- -		ふりがな 保護者氏名	(続柄：)		
スタッフへの要望・連絡事項などがありましたらお聞かせください。						

出発前の健康チェック					
平常気温		℃	血液型	型	
		3 日前	2 日前	前日	当日
体温		℃	℃	℃	℃
睡眠時間		時間	時間	時間	時間
食 欲	○ある △ふつう ×少ない				
便 通	○ある △ふつう ×少ない				
体調詳細					
風邪・発熱について		1. 最近、発熱があった（どちらかを○で囲んでください） あり（ 月 日頃） なし 2. 1週間以内に家族でインフルエンザにかかっていた人がいる いる いない 3. インフルエンザの予防接種を受けている いる（ 月 日頃） いない			

下記に該当する番号を○印で囲み、必要事項をご記入ください。

健康状態について	1. 持病がある（病名：） 対 処 法（） 薬の処方（） 2. 持病ではないが気をつける点がある 症 状（） 対 処 法（） 薬の処方（） 3. 特に必要な点はない
偏食について	1. 拒絶反応を示すほどの偏食がある（品名：） 2. 多少きらいな程度の偏食がある（品名：） 3. なし
アレルギーについて	1. あり 2. なし アレルギー名（） 処 置 方 法（）
医療機関による加療 及び関係者による処置 の同意について	医療機関による加療及び関係者による処置が必要と認められる場合、適切な加療を受けることに同意しますか。 ☐ 同意する ☐ 同意しない 同意しない場合の理由（）
普段服用している薬	1. あり 2. なし 使用方法（）
市販薬について	市販の内服薬（風邪薬・腹痛等）を服用させてもよろしいですか？ 1. よい 2. 悪い 3.その他（）
乗り物酔いについて	1. する 2. しない
セントラルキャンプ参加歴	1. 参加したことがある（ 回） 2. 初参加
宿泊ツアー参加者の方は以下もご記入ください。	
夜トイレに起こす時間	1. 必要あり（時間帯： ） 2. 必要なし
宅配便について （往復便のみ）	荷物は宅配便を使用しますか？ 1. はい《往復申し込み済み》 2. いいえ はいの場合：（ ）個、荷物の特徴（形： 色： ） 業者名（ ）、伝票 No（ ）

-----スタッフ記入欄-----

<ツアー中の様子> （ ／ ） ： 現在 ）

症状	有無	特記事項
発 熱	あ り ・ な し	
嘔 吐	あ り ・ な し	
鼻 血	あ り ・ な し	
切り傷	あ り ・ な し	
打ち身	あ り ・ な し	
その他	あ り ・ な し	

確認印
(引率者用)