

健康調査書

**原紙は大会IDカードに入れておく、コピーの1枚は参加隊で保管する。

記入日：令和 年 月 日

フリガナ	所属地区：	第	団	隊	
氏名	(男・女)	生年月日：	年	月	日 (満 歳 ヶ月)
〒	住所	電話番号			
大会期間中の緊急連絡先		(氏名)	(続柄)	(電話番号)	
昼間					
夜間					
身長	cm	体重	kg		
I. 最近3ヶ月の健康状態 (該当項目の番号を○で囲み、空欄には所要事項を記入してください)					
1 健康である					
2 病気(コロナウイルス以外)やケガをしたが学校や仕事を休むほどではなかった					
3 病気(コロナウイルス以外)やケガのために休んだことがある					
病名	いつ頃	日数	日		
II. 既往歴 [ない ・ ある] (ある場合⇒現在も治療中かを含め、詳しく記入してください)					
III. アレルギー [ない ・ ある] (ある場合⇒食物・薬物アレルギーについては詳しく記入してください)					
(ハチ毒・食品等特定物質に対するアナフィラキシーの既往や可能性のある方で、アドレナリン自己注射器等の処方を受けている場合は、この欄に記載して下さい)					
(食べ物) (そのほか)					
(薬 剤)					
IV. 現在常用している医薬品 [ない ・ ある] (ある場合⇒医薬品の名前、効能、飲み方、活動中の保管方法を記入してください)					
V. 普段の体調について (該当する番号に○をつけてください。 ない—1 たまにある—2 よくある—3)					
・少しの運動で疲れる	1・2・3	・鼻血がでる	1・2・3	・皮膚がかぶれる	1・2・3
・立ちくらみをおこす	1・2・3	・腹痛がおきる	1・2・3	・頭が痛くなる	1・2・3
・熱を出す	1・2・3	・下痢をする	1・2・3	・よく眠れない	1・2・3
・鼻水がでる	1・2・3	・便秘をする	1・2・3	・乗り物に酔う	1・2・3
・咳や痰がでる	1・2・3				
女性の方に					
・生理中である	はい・いいえ	・妊娠中である	はい・いいえ		
VI. 上記の体調や健康に関して留意事項、参考事項があればお書き下さい。					
VII. 緊急時には管理責任者の判断により、医療機関へ搬送します。治療を受けるにあたり、信仰や信条等に関連して医療機関に希望することがあればお書きください。					
新型コロナウイルス感染症に関する問診票					
①3日以内に、37.5度以上の発熱・せき・鼻水・だるさ・頭痛・のどの痛みがありましたか？	はい・いいえ				
②14日以内に、身近(家・学校・職場・その他)で新型コロナウイルス陽性者、または濃厚接触者と一緒にいたことがありますか？	はい・いいえ				
③14日以内に、かぜ症状がある方と、一緒にいたことがありますか？	はい・いいえ				
④14日に以内に、いわゆる”3密“(換気の悪い密閉空間、多くの人の密集する場所、近距離での密接な会話)の機会はありましたか？	はい・いいえ				
(保護者の署名)				印	

注：記入いただいた情報は、参加行事での健康管理および医療機関受診時の健康情報提供書として使用します。個人情報の保全・安全管理につきましては、個人情報保護法に基づき適切に取り扱い、本調査票は行事終了後、速やかに破棄させていただきます。

◆健康状態に不安のある場合は、予め医師の診断を受け、参加できることを確認してください。◆