

健康調査票（成人用）

▲この健康調査票はイベント実施時に生じた病気やケガなどで医療機関へ緊急搬送などの際に、医療従事者などへ直接お渡しして治療等に役立てますので、「正確に」「記入漏れ」の無いようにしてください。

★楽しく安全に活動を行うために出発前までの健康状態をお知らせください。

氏名		性別	男・女	生年月日	記入日	(西暦)	年	月	日
					(西暦)		年	月	日
住所	都道府県								
身長	cm	体重	kg	健康時の体温 (平熱)	℃	平均睡眠時間	約	時間	
血液型	RH：+ ・ - ： _____ 型 ・ 調べていない			体力	ある ・ ふう ・ つかれやすい				

身体状況	<p>★健康状態でおこしやすいことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>頭痛 <input type="checkbox"/>腹痛 <input type="checkbox"/>発熱 <input type="checkbox"/>扁桃腺が腫れる <input type="checkbox"/>下痢 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>乗り物酔い <input type="checkbox"/>鼻血 <input type="checkbox"/>貧血</p> <p><input type="checkbox"/>風邪をひきやすい：前兆や症状（_____）</p>
	<p>★アレルギーや喘息などの体質的に特に注意することはありますか？</p> <p>・ 食物アレルギー：有・無 <input type="checkbox"/>卵 <input type="checkbox"/>乳 <input type="checkbox"/>小麦 <input type="checkbox"/>そば <input type="checkbox"/>落花生 <input type="checkbox"/>エビ <input type="checkbox"/>カニ <input type="checkbox"/>くるみ ※上記以外の品目で食物アレルギーのある場合には品名をご記入ください→（_____）</p> <p>・ 薬アレルギー：有・無（具体的に_____）</p> <p>・ ぜんそく：有・無（具体的に_____）</p> <p>・ その他：有・無（具体的に_____）</p>
	<p>★今までに大きな病気（入院して治療した）や大きなケガなどをしたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>心臓疾患 <input type="checkbox"/>肝臓疾患 <input type="checkbox"/>リュウマチ <input type="checkbox"/>けいれん発作 <input type="checkbox"/>中耳炎 <input type="checkbox"/>ヘルニア <input type="checkbox"/>伝染病疾患</p> <p>病名又はケガ：（_____）</p> <p>時期：（_____年_____月頃） 部位：（_____） 回数など：（_____）</p> <p>現在の状況：完治・治療中・その他（_____）</p>
	<p>★現在、治療中の病気又はケガはありますか？ ※その上で活動に際し、配慮して欲しいことなど</p>

持薬の服用方法	★持参した薬の服用法などがある場合には詳しくご記入ください。				
		服用時間帯		薬の種類（何錠） 粉薬、液薬、錠剤、カプセル、塗り薬など	服用方法または特記事項
		食	指定時間		
	朝	前・中・後	時		
	昼	前・中・後	時		
	夕	前・中・後	時		
寝る前	—	時			
その他	—	時			

◆◆◆ 裏面に続きます ◆◆◆

◆◆◆ 表面からの続き ◆◆◆

出発前の体調	★出発前の体調を正確にご記入ください。※その他の欄には、出発前に体調変化があった場合にご記入ください。								
	出発前		食欲	便通	睡眠時間			体温	
	3日前	月 日	有・無	有・無	時～	時	時間	℃/朝	時頃
	前日	月 日	有・無	有・無	時～	時	時間	℃/朝	時頃
	当日 (出発前)	月 日	有・無	有・無	時～	時	時間	℃/	出発前
その他									
※出発前2週間以内に流行性疾患（新型コロナウイルス、インフルエンザ、ノロウイルスなど）にかかっていた場合には他の参加者へ感染する恐れがあるため、参加をご遠慮頂けますようご協力をお願い致します。									
その他	★その他、健康状態でスタッフに伝えておきたいことなどありましたら、ご自由にご記入ください。								

【緊急連絡先】

保護者氏名	①	続柄	電話	携帯・自宅
	②			携帯・自宅

【かかりつけ医】

例〇〇県〇〇市

医療機関名	①	診療科目	電話	
	②			
	③			

▲この健康調査票は主催イベント（主催事業）実施時に生じた病気やケガなどで医療機関へ緊急搬送などの際に、医療従事者などへの連絡として利用させていただきますので、「正確に」「記入漏れ」などの無いようご注意ください。また、主催イベント（主催事業）終了時には参加者様へご返却致します。