

平成_____度_____実施のための健康調査票

ボーイスカウト小田原地区協議会健康安全委員会

日本ボーイスカウト神奈川連盟_____第_____団_____隊	
氏名_____男・女 生年月日 S H _____年 _____月 _____日 (_____歳)	
緊急連絡先	1) TEL _____ どなたですか?
	2) TEL _____ どなたですか?
	3) TEL _____ どなたですか?
日常生活	身長 _____ cm 体重 _____ kg 普段の体温 _____ °Cくらい
	血液型 A B O AB Rh + -
	<input type="checkbox"/> 乗り物酔い <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> する (酔いやすい乗り物 : _____)
	<input type="checkbox"/> 持病 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名 : _____ かかりつけの医療機関名 : _____)
	<input type="checkbox"/> 常用薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬名 : _____)
	<input type="checkbox"/> 使っていない薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬名 : _____)
	<input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (原因 : _____)
	<input type="checkbox"/> 睡眠 就寝 午後 _____ 時頃 (寝つき : 良 <input type="checkbox"/> 悪 <input type="checkbox"/>) 起床 午前 _____ 時頃 (寝起き : 良 <input type="checkbox"/> 悪 <input type="checkbox"/>)
	<input type="checkbox"/> 昼寝 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (_____ 時間程度)
	<input type="checkbox"/> 排便 <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 毎日 (いつですか? : _____) <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> する
	<input type="checkbox"/> 食事の量 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通
	<input type="checkbox"/> 摂取制限のある食材 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (内容 : _____)

記載頂いた内容について指導者は守秘いたしますのでご安心のうえ、正確にご記入ください。

<input type="checkbox"/> 過去にかかった事のある病気について (当てはまるものに○をつけてください)	
心臓疾患 腎臓疾患 肝臓疾患 血液疾患 リウマチ熱 けいれん発作 ぜんそく 肺炎 糖尿病 アトピー性皮膚炎 貧血 高血 低血 手術の有無 (無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>)	
<input type="checkbox"/> 最近の健康状態 (当てはまるものに○をつけてください)	
●発熱 腹痛 歯痛 頭痛 風邪 便秘 下痢 その他 (_____)	
●潜伏期間のある病気(はしか・おたふく風邪・風疹など)の可能性 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> (_____)	
●現在よこかの治療を受けていますか 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> (_____)	
●現在よこかの薬を飲んでいませんか 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> (_____)	
●健康診断等で医療機関への受診のすすめはありましたか 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> (_____)	
<input type="checkbox"/> 特記事項 そのほかお身体のことでご心配なありましたら書き添えてください	
<input type="checkbox"/> 保護者の承諾	
スカウト活動中に万一、怪我・病気が発生し緊急を要する場合、医師への受診・処置は指導者および担当医師にお任せいたします。 但し、手術などの場合は保護者が立会います。	
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 保護者氏名 _____ (印)	