

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？ _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 普段の体温 _____ くらい

血液型 A B O AB Rh + - _____

日常生活

乗り物酔い _____ しない 時々する する (酔いやすい乗り物 : _____)

持病 _____ なし あり (病名 : _____ かかりつけの医療機関名 : _____)

常用薬 _____ なし あり (薬剤名 : _____)

使ってはいけない薬 _____ なし あり (薬剤名 : _____)

アレルギー _____ なし あり (原因 : _____)

睡眠 _____ 就寝 午後 _____ 時頃 (寝つき : 良い 悪い) 起床 午前 _____ 時頃 (寝起き : 良い 悪い)

昼寝 _____ しない する (_____ 時間程度)

排便 _____ 不定期 毎日 (いつですか? : _____) **便秘** _____ しない 時々する する

食事の量 _____ 多い 少ない 普通

摂取制限のある食材 _____ ない あり (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。

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 を付けてください)

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 高血圧 低血圧 手術の有無 (無 有 : _____)

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 有 (_____)

現在なにかの治療を受けていますか _____ 無 有 (_____)

現在なにかの薬を飲んでいますか _____ 無 有 (_____)

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 有 (_____)

特記事項 そのほかお身体のことで何かございましたらお書き添えください

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 _____ ?