

# 事前健康調査票

秘

団員用

ふりがな		生年月日	
氏名		平成	年 月 日 (満 歳) 学年 年

所属単位団名		(種目)
--------	--	------

住所	〒 _____ 都・県
----	-------------

緊急連絡先

電話①( \_\_\_\_\_ ) [自宅・携帯( \_\_\_\_\_ )] ※携帯電話の場合は持ち主を

電話②( \_\_\_\_\_ ) [自宅・携帯( \_\_\_\_\_ )] ( )内に記入してください。

1 身体状況 (該当するものに記入、もしくは○をつけてください。)

・平常時の体温 \_\_\_\_\_ 度 \_\_\_\_\_ 分 ・血液型 \_\_\_\_\_ 型 ・体重 \_\_\_\_\_ kg

・アレルギー 無 ・ 有 具体的に [ アトピー・薬物・ハウスダスト・その他( ) ]

食ベ物( ) ]

・特異体質 無 ・ 有 具体的に [ ]

2 既往症のある方は病名を詳しく記入してください。(該当する箇所に○をしてください。)

心臓疾患、腎臓疾患、ケイレン発作、貧血、高・低血圧、蛋白尿、糖尿、結核、

リウマチ熱、過換気症候群、ぜんそく、てんかん、伝染病(1年以内)、その他( )

手術( \_\_\_\_\_ 歳) 病名( \_\_\_\_\_ )

3 現在、服用している薬がありましたら記入してください。

薬品名( \_\_\_\_\_ ) 1回( \_\_\_\_\_ )錠 1日( \_\_\_\_\_ )回 特記事項( \_\_\_\_\_ )

4 1ヶ月以内に伝染病患者と接触しましたか。( 有 ・ 無 )

5 最近3ヶ月以内の健康状態 (症状のあるものにレをつけてください。)

<input type="checkbox"/> よく発熱する	<input type="checkbox"/> 頭痛がする	<input type="checkbox"/> 体がだるい	<input type="checkbox"/> のどを痛めやすい
<input type="checkbox"/> 咳が出る	<input type="checkbox"/> 鼻が悪い	<input type="checkbox"/> めまいがする	<input type="checkbox"/> ケイレンを起こす
<input type="checkbox"/> 吐き気がする	<input type="checkbox"/> 下痢をする	<input type="checkbox"/> 便秘ぎみ	<input type="checkbox"/> 腹痛がある
<input type="checkbox"/> 動悸がする	<input type="checkbox"/> 耳の疼痛がある	<input type="checkbox"/> 歯が痛い	<input type="checkbox"/> ジンマシンが出る
<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> 眠れない	<input type="checkbox"/> 伝染性皮肤病炎	<input type="checkbox"/> 月経困難
<input type="checkbox"/> 鼻出血しやすい			

6 保護者所見 (一週間前からの体調について症状のあるものにレをつけてください。)

発熱  嘔吐  下痢  便秘  咳  その他

女子 : 生理周期 \_\_\_\_\_ 日 : 最終生理 \_\_\_\_\_ 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 日

その他 (何か気をつけなければならないこと、気をつけてもらいたいことがありましたら記入してください。)

.....

※裏面に保険証のコピーを必ず貼り付けてください。

※この事前健康調査票を申込書と一緒に提出してください。

※この事前健康調査票は、大会終了後群馬県大会実行委員会で責任を持って処分します。

## ※申込書に添付して提出

保険証のコピーを必ず貼り付けてください。