



健康カード

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日/年齢	
氏名		男・女	平成	年 月 日 歳
住所 〒		電話番号 () - 携帯Tel - -		
身長 cm	体重 kg	平熱 ℃		
※詳細をご記入下さい。				
①最近医師の診療を受けましたか？ ※受けた方のみ・・・(病名) ※いつ頃 年 月 日頃 ※現在治療 有り・無し				受けた・受けない
②持病を持っていますか？ ※はいの方のみ・・・(ぜんそく・心臓病・その他)				はい・いいえ
③次の体質で、あてはまるものに○をつけて下さい。 <ul style="list-style-type: none"> ・胃が悪い ・乗り物酔いがひどい ・ジマシンがしやすい ・現在ケガをしている ※どこ？ () ・その他※注意事項 () ・虫に刺されるとはれる ・下痢をしやすい ・アトピーがある 				
④アレルギーは、ありますか？ ※ある方のみ・・・アレルギー名 () その症状 () 症状時の対処法 (要病院・その他(冷やす等))				ある・ない
⑤常備薬はありますか？ (※キャンプ中本部から薬を出すことはありません。) ※ある方のみ・・・薬品名 () 効能 ()				ある・ない
⑥その他、特別に注意することがあれば、お書きください。				

免責事項

- 治療を受ける場合、ご家庭の保険証のコピーで対応し、保険範囲内で対処します。
- 風邪・病気による受診の場合は保険が適応されないことをご了承ください。後日治療費を請求させていただきます。私は、この免責事項を署名前に内容を熟読し、同意致します。

平成 年 月 日 保護者署名



保険証コピー 貼り付け用紙

※枠内にのりで貼り付けてください。

※当日の朝集合時に回収、最終日の解散時にご返却致します。