

●もれなくご記入の上、事前にあばれんぼ事務局までお送り下さい。年度に1度の提出です。



# 個人カード

記入日 年 月 日

ふりがな 氏名 (大きく書いて下さい。)		性別	生年月日 年 月 日	
※E-mail		血液型 型		
学校名・園名		クラス		年齢 歳
ふりがな		電話番号 ( ) -		
住所 〒		携帯Tel - -		
ふりがな		電話番号 ( ) -		
緊急連絡先 Tel _____				
家族氏名	性別	年齢	職業 (会社名・学校名)	
子どもの性格 (親から見て)		学校のクラブ (習い事等)		
このキャンプに来る仲のよい友達!		得意な事		苦手な事
大きくなったら何になりたいですか!		趣味		
キャンプにご要望・その他、特記などをお書き下さい。				



# 健康カード

ふりがな		血液型	生年月日
氏名		— RH+ 型	西暦 年 月 日生
身長 cm	体重 kg	平熱 ℃	
※詳細をご記入下さい。			※○をつけて下さい。
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"> <li>・胃が悪い</li> <li>・乗り物酔いがひどい</li> <li>・ジンマシンがやすい</li> <li>・食物アレルギーがある ※食物名 ( )</li> <li>・その他※要注意事項 ( )</li> <li>・虫に刺されるとはれる</li> <li>・下痢をしやすい</li> <li>・アトピーがある (※清拭は、必要・不必要)</li> <li>・現在ケガをしている (※どこ? )</li> </ul>			
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夜尿症はありますか？ ※ある方のみ・・・何時ごろ ( 時 分頃トイレに起こす) どんな時 (興奮した時・疲れた時・その他 )			ある・ない
⑥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
⑦その他、特別に注意することがあれば、お書きください。			※女性のみ 生 理 有 ・ 無 前回の月日 ( 月 日)

## 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、旅行傷害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知し、同意致します。

年 月 日 保護者署名

