（成人会員用）

健康カード

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（公社）ガールスカウト日本連盟

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏名 | ガールスカウト  　　　　　都道  　　　　　府県　第　　　団 | 部門 | | 生年月日  西暦　　　年　　月　　日 | | 2013.4.1現在  満　　歳 |
| 住所 　〒　　－ | | | TEL FAX  E-mail | | | |
| 1. 身体状況   身長　　　cm　体重　　kg　胸囲　　cm　平熱　　　度　脈拍数　　／分　血液型　　（Rh　　）型 | | | | | | |
| 1. 既往症（あてはまるものを○で囲み、病名を詳しく記入してください。   　循環器疾患　　呼吸器疾患　消化器疾患　腎臓疾患　糖尿病　リュウマチ　貧血　けいれん発作  　ぜんそく　高血圧　低血圧　過換気症候群　伝染病　　アレルギー（種類　　　　　　　 　）　その他（　　 　）   * 詳しい病名・症状 | | | | | | |
| 1. １週間前からの健康状態（症状があるものについて○をつけてください）   体温：  　　かぜをひいている　頭が痛い　熱がある　体がだるい　せきがでる　鼻水が出る　のどが痛い  　　どうきがする　めまいがする　はきけがする　下痢　便秘　腹痛　胃痛　けいれんを起こす  　　耳が痛い　歯が痛い　眼疾患　皮膚炎　じんましんがでる　食欲がない　睡眠がとれない  　　月経困難　けがをした　伝染性疾患（はしか、おたふくかぜ、風疹など）　伝染病疾患の恐れがある   * 詳しい症状またはその他気になること | | | | | | |
| 1. １年以内に受けた予防接種血清〔　なし　／　あり　〕   ※ある場合　：種類　　　　　　　　　　　　　　　受けた年月日　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 1. 現在服用している薬の名前・種類（用途） | | | | | | |
| 6.家族等の緊急連絡先 | 昼間　TEL | | | | 夜間　TEL | |
| 7.健康上の特記事項　(宗教上の医療拒否も含む) | | | | | | |
| 8.本人の承諾 　　＊病気、けがが発生した場合、センター側指定の医師にかかることを承諾します。   * 緊急を要する病気、けがの場合、専門医への受診、入院などに関する処置は診察医、当事業における責任者の判断におまかせします。ただし、手術などの必要が生じた場合は、親族が了承したうえで立ち会います。   　　　　　　　　　　　2013年　　月　　日　　　本人署名　　　　　　　　　　　　　　　　印  ［未成年の場合］2013年　　月　　日　　　保護者署名　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | |

注意

1. 疾病もしくは既往症がある方は、必ず医師の精密検査を受けてください。事業への参加が可能という診断があった場合のみ参加できます。
2. 記載漏れがあったり、印のない場合は、主催者側で責任を負えないことがあります。

（３）健康保険証またはコピーを、期間中、参加者本人が必ず携帯すること。

　　　　　　　　　　　　　　※本「健康カード」記載の個人情報は、当連盟が厳重に管理し、参加者の健康

管理や急病・事故時の対応以外の目的には使用しません。