（少女会員用）

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 | 満　　歳 |
| 保護者氏名 | 住所 〒　　 － | | TEL FAX  E-mail | | |
| ○保護者の緊急連絡先 | 昼間TEL | | 夜間TEL | | |
| 1. 身体状況   身長　　　cm　体重　　kg　胸囲　　cm　体温　　　度　脈拍数　　／分　血液型　　（Rh　　）型  初潮の年齢　　　歳 | | | | | |
| 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　精神疾患　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）   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[部位　　　　　　　　　いつ　 ／　　]  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） | | | | | |
| 1. 保護者からの特記事項（宗教上の医療拒否など） | | | | | |
| 1. 保護者の承諾   ＊　　　　　　　　（参加者氏名）が健康であることを認め「　　　　　　　　　　　　　」に参加させます。   * 病気、けがが発生した場合、主催者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、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、保護者が了承したうえで立ち会います。 * 主催者の指示以外の行動をとったことによる病気、けがの責任は保護者にあることを承諾します。   　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　保護者署名　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | |

|  |
| --- |
| * 参加者本人の同意 * 期間中、ガールスカウト日本連盟指導者の指示に従うことに同意します。   　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　参加者氏名　　　　　　　　　　　　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. 記載漏れや、捺印のない場合は、主催者側で責任を負えないことがあります。

（３）健康保険証のコピーは集めません。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。