

健康調査票

キッズキャンプ2025

ふりがな 参加者氏名		性別	男・女	年齢	歳	血液型	型
ふりがな 保護者氏名		電話番号					
住 所							

身 体 状 況	起こしやすい症状						
	☐ 風邪	☐ 発熱	☐ 鼻血	☐ 下痢	☐ 便秘	☐ 頭痛	☐ 貧血
	☐ 胃痛	☐ 夜尿	☐ 痙攣	☐ 月経困難	☐ 扁桃腺がはれやすい		
	☐ その他（ ）						
	特異体質						
	☐ アレルギー	有 ・ 無					
	（ ）						
	☐ ぜんそく（最後の発作はいつでしたか						
	☐ 現在内服中の薬 有 ・ 無 （						

既往症	既往症のある方は、病名・症状等を詳しく書いてください。（例）心臓疾患、痙攣、手術歴等
-----	--

保護者から見た参加者の性格など

その他特に知らせておきたいこと

緊急 連絡 先	(1)	()	(自宅・父・母・その他)
	(2)	()	(自宅・父・母・その他)
	(3)	()	(自宅・父・母・その他)
	(4)	()	(自宅・父・母・その他)

※緊急連絡先は、必ず連絡のとれる方を記入してください。