

## 健康カード（少女会員用）

（一社）ガールスカウト兵庫県連盟

兵庫県 第 団 部門	フリガナ 氏名	生年 西暦 月 日	満 才 年 月 日生
住所 〒 -	TEL	保護者氏名	
<b>1 身体概況</b> 身長      cm / 体重      kg / 胸囲      cm / 体温      度 / 脈拍      /分 / 血液型      型			
<b>2 既往症</b> （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 / 過呼吸症候群 / 伝染病 / その他（      ） ※詳しい病名・症状（      ）			
<b>3 アレルギー</b> 有 / 無 具体的に（      ） <b>特異体質</b> 有 / 無 具体的に（      ）			
<b>4 最近の3ヶ月以内の健康状態</b> （症状のあるものに○をつけてください。） よく熱を出す / 頭痛がする / 体がだるい / のどを痛めやすい / 咳が出る / 鼻が悪い / めまいがする / けいれんをおこす / はき気がする / 下痢をする / 便秘をする / 腹痛がある / どうきがする / 耳の疼痛がする / じんましんが出る / 歯が痛い / 食欲がない / 睡眠がとれない / 伝染性皮肤病 / 眼疾患 / 月経困難 / その他（      ）			
<b>5 1週間前からの健康状態</b> （症状のあるものに○をつけてください。） 腹痛 / 胃痛 / 歯痛 / 風邪をひいている / 咳が出る / 便秘 / 下痢（1日に 回） / 食欲がない / 睡眠がとれない / 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（      ）			
<b>6 1年以内に受けた予防接種血清が ある / ない</b> ※ある場合：種類（      ） 受けた年月日（      ）			
<b>7 現在服用している薬の種類・名前</b> を記入してください。			
<b>8 保護者からの特記事項</b> （宗教上の医療拒否も含む。）			
<b>9 保護者の緊急連絡先</b>		昼	夜
<b>10 保護者の承諾</b> （参加者氏名） _____ が健康であることを認め、 _____ に参加させます。 キャンプ中に病気・けがが発生した場合、キャンプ場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療医、当事業における責任者の判断にお任せします。ただし、手術などの必要が生じる場合は、保護者の了承した上で立ち会います。 キャンプ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      保護者氏名      印			
<b>11 参加者本人の同意</b> キャンプ期間中、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（署名） _____			
<b>12 部門リーダーの連絡先</b>		TEL（昼）	
氏名		TEL（夜）	
<b>13 団のリーダーからの注意事項があればご記入ください。</b> （支部、地区キャンプ等に参加の場合）			

注意：

1. 疾病もしくは既往病のある方は必ず医師の精密検査を受けてください。キャンプ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. 健康保険証の複写を封筒に入れて、健康カードの裏面に必ずテープかのりで貼付してください。
3. 健康カードに記載もれがあったり、保護者印がない場合は責任を負いかねますので、ご了承ください。