<2012 年版>

健康カード（成人会員用）

（一社）ガールスカウト兵庫県連盟

兵庫県 第　　団 部門 役割	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名	生年 月日　　年　　月　　日生	満　　才
住所　〒　　-	TEL	FAX	

1　身体概況

身長　　cm／　体重　　kg／　胸囲　　cm／　体温　　度／　脈拍　　/分／　血液型　　型

2　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／過呼吸症候群／伝染病／その他（　　）
※詳しい病名・症状（　　）

3　アレルギー　有／無　具体的に（　　）
特異体質　有／無　具体的に（　　）

4　最近の 3 ヶ月以内の健康状態（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／伝染性皮膚炎／眼疾患
月経困難／その他（　　）

5　１週間前からの健康状態（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／その他（　　）

6　１年以内に受けた予防接種血清が　ある　／　ない

※ある場合：種類（　　）　受けた年月日（　　）

7　現在服用している薬の種類・名前を記入してください。

8　特記事項（宗教上の医療拒否も含む。）

9　参加者本人の承諾

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た場合は、親族が了承した上で立ち会います。

年　　月　　日　　氏名　　印

☆未成年の場合は保護者の承諾が必要です。　　年　　月　　日　保護者　　印

10　緊急連絡先	TEL（昼）	TEL（夜）

注意：１.疾病もしくは既往歴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。