

第 19 回栃木県連盟キャンポリー大会参加 健康調査票

(該当項目には○をつけてください)

区 分	第 団 BVS・CS・BS・VS・RS・指導者 その他（一般県民・保護者家族）	生年月日	S H 年 月 日
フリガナ		身 長	c m
名 前		体 重	k g
住 所	〒	連絡先	TEL
普段の体温	度 くらい	血液型	A B O AB Rh + -
緊急連絡先	氏名 TEL	続柄	
	氏名 TEL	続柄	

※大会受付にて検温を実施します。体温が37度以上の方は入場をお断りします。

尚、普段の体温37度以上の方は申込フォームにてご記入ください

日 常 生 活	乗り物酔い	☐ しない ☐ 時々する	酔いやすい乗り物：
	持病	☐ なし ☐ あり	病 名： かかりつけの医療機関名：
	常用薬	☐ なし ☐ あり	薬剤名：
	使ってはいけない薬	☐ なし ☐ あり	薬剤名：
	アレルギー	☐ なし ☐ あり	原 因：
	排便	☐ 不定期 ☐ 毎日	いつですか？： 便秘: ☐ しない ☐ 時々する ☐ する
	摂取制限のある食材	☐ ない ☐ ある	内 容：
過去にかかった事のある病気について			
心臓疾患 腎臓疾患 肝臓疾患 血液疾患 リュウマチ熱 けいれん発作 ぜんそく 肺炎 糖尿病 アトピー性皮膚炎 貧血 高血圧 低血圧 手術の有無（ 無 有： ）			
最近の健康状態			
・発熱 のどの痛み せき 腹痛 歯痛 頭痛 風邪 便秘 下痢 その他 （ ）			
・潜伏期間のある病気（はしか・おたふく風邪・風疹など ）の可能性 無 有 （ ）			
・現在治療を受けていますか 無 有 （ ）			
・現在薬を飲んでいますか 無 有 （ ）			
・健康診断等で医療機関への受診のすすめはありましたか 無 有 （ ）			

活動参加に対する保護者の承諾

大会活動中に万一、怪我・病気が発生し緊急を要する場合、医師への受診・処置は指導者および担当医師にお任せいたします。
但し、手術などの場合は保護者が立会います。

【同意書】

- 大会受付にて検温を実施します。体温が37度以上の方は入場はしません。
- 大会活動についてスカウトは「そなえよつねに」保険に加入しておりますので、その範囲内で保証を行います。それ以外は参加者個人及び、その保護者様が責任を負います。 ※一般県民は「そなえよつねに」同様の保険に加入となります。
- 安全第一を心がけ、生じた事故等に関しては、引率ボーイスカウト指導者及び活動支援の保護者・関係者には一切の責任を追求いたしません。

令和 年 月 日 保護者氏名 印

記載頂いた健康調査票については、大会活動中は名札ケースに保管し携帯ください。