

健康確認シート

本シートは、合宿に参加される皆さんの健康・安全を確保するための資料とするものです。その他の目的に使用することは一切ありません。また、個人情報に留意の上、責任を持って保管し、合宿終了後に処分します。

以上をご理解いただき、ご記入の上、合宿当日の受付時に提出してください。

三重県かるた協会 会長 太田 富夫

◆本人情報

ふりがな		性　別	男 ・ 女 (該当する方に「○」)
氏　名			
生年月日	S・H・R・西暦 年 月 日		
電話番号 (携帯推奨)	- -	血液型	型(　+、-　)

◆治療中または過去に罹ったことのある病気（該当する項目に「○」）

1．心臓病（治療中・経過観察中・完治）	2．脳血管障害(治療中・経過観察中・完治)
3．高血圧（治療中・経過観察中・完治）	4．糖尿病（治療中・経過観察中・完治）
5．脂質異常症（治療中・経過観察中・完治）	6．腎臓病（治療中・経過観察中・完治）
7．肝臓病（治療中・経過観察中・完治）	8．がん（治療中・経過観察中・完治）
9．その他（病名： ）（治療中・経過観察中・完治）	

◆服用している薬（あれば薬の名前を記入）
薬の名前：

◆食物アレルギー

①食物アレルギーはありますか あり なし （該当する方に「○」）
（「あり」の場合は、原因食品をチェックの上、症状を記入し、②、③もチェック）

原因物質	症状（呼吸器、消化器、皮膚等）	原因物質	症状（呼吸器、消化器、皮膚等）
☐ 乳		☐ そば	
☐ 卵		☐ かに	
☐ 小麦		☐ えび	
☐ 落花生		☐ くるみ	
☐ その他	原因物質： 症状：		

②今までにアナフィラキシーショックを起こしたことがありますか？
□はい □いいえ

③エピペンを処方されていますか？（処方されている方は持参してください。）
□はい □いいえ

◆その他、医師から注意を受けていることや健康面で不安なこと（あれば記入）
内容：

◆緊急連絡先（何かあった場合の緊急連絡先を記入）

ふりがな		本人との関係	※親、兄弟姉妹、配偶者、先生等
氏　名			
緊急連絡先 (電話番号)		自宅 ・ 携帯	※該当する方に「○」 ※携帯推奨

以上に相違ありません。

R · 西曆 年 月 日

本人氏名
※自署

(代筆)
※自署

続柄：