健康チェックカード（参加当日、受付でお渡しください）

ふりがな 参加者名					
ふりがな 保護者名					
緊急連絡先	〒 TEL：　　（　　）				
性　　別	男　・　女	血液型	型	学年	年生
保険証番号					

Q、持病のある方はお書き下さい。　・ある　・ない
　ある方は・・・（状態を詳しく→　　）

Q、以前に大きな病気をした事がありますか？　・ある　・ない
　ある方は・・・（病名→　　いつ頃→　　）

Q、アレルギーのある方はお書き下さい。　・ある　・ない
　ある方は・・・（　　アレルギー）

Q、食べ物のアレルギーのある方はお書き下さい。　・ある　・ない
　ある方は・・・（　　アレルギー）

Q、現在治療中の病気（ケガ）はありますか？　・ある　・ない
　ある方は・・・（病名→　　）

Q、その他、保護者から本人に関して気を付けてほしい事。

※持病のある方は薬をご持参下さい。＜車酔いされる方は酔い止め＞
※参加者が複数の時は、本紙を人数分複写して、ご提出下さい。
※開催期間中、参加者の健康管理の資料とさせていただきますので詳細かつ明確にご記入下さい。
　なお、この資料に関しては一切口外いたしません。

情報管理者＝震災支援を続ける会（代表幹事：石﨑博敍　090-1586-8970）