「豊見城市少年平和大使」（団員用）

健　康　調　査　表

学 校 名	中学校（　　年）
氏　　名	（　男・女　）
生年月日	
住　　所	
電話番号	（自宅） （緊急）
保護者名	

（1）これまでに罹った病気はありますか。　　ある　・　ない

あると答えた方のみ記入。

（　喘息・心臓病・腎臓病・その他　　）

（対応・手当の仕方、気をつけることがあれば記入して下さい。）

（2）持病または治療中の病気はありますか。　　ある　・　ない

あると答えた方のみ記入。

（　喘息・心臓病・腎臓病・その他　　）

（対応・手当の仕方、気をつけることがあれば記入して下さい。）

（3）アレルギーはありますか。　　ある　・　ない

あると答えた方のみ記入。

（食　事）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（　薬　）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（その他）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（対応・手当の仕方、気をつけることがあれば記入して下さい。）

（4）その他健康上、注意する点がありましたら、ご自由にお書き下さい。

※既往歴がある方は、医師と相談のうえ薬を持参し研修に参加させて下さい。
※裏面へ健康保険証の写しを貼付して下さい。