

健康チェックシート

参加者氏名

緊急連絡先（病院受診時に必要です。必ず連絡のとれる電話番号をご記入下さい。）

1	平熱	℃
2	現在、病気・ケガで医師の治療・投薬を受けていますか？ →はいと答えた場合、ご記入ください 病名（ ）薬品名（ ）服用 一日_____回 朝・昼・夕・寝る前	はい・いいえ
3	喘息の発作を起こしたことがありますか？ →はいと答えた場合、ご記入ください ・最後の発作の時期 _____年_____月 ・通院治療をしていますか？（ はい・いいえ ） 吸入薬（ ） ・使っている薬品がある場合、ご記入ください 内服薬（ ）	はい・いいえ
4	アレルギー体質ですか？ →はいと答えた場合、ご記入ください 食品・薬品（ ）・ハウスダスト・他（ ） 症状（ ） 対処方法（ ）	はい・いいえ
5	よく起こす症状がありますか？ →はいと答えた場合、ご記入ください 症状（ ） 対処方法（ ）	はい・いいえ
6	健康面で連絡しておきたいことがありましたらご記入下さい。	

保険証のコピーをここに貼り付けて下さい。

（保険証の記号番号がある面と被保険者名氏名の記入がある面を添付して下さい）

当日持参します

問診表

病気・怪我の場合、簡単な応急処置をしますが、アレルギーのある方・合わないお薬のある方などに配慮が必要となります。以下について詳しくご記入下さるようお願いいたします。

また、医療係では内服薬は用意しません。持病のお薬などは持参するようお願いいたします。

氏名

症状と現地における応急処置	異なる対処が必要な場合ご記入下さい	薬の持参
1 高熱が出た場合 アイスノンで冷やし、安静に休ませて様子を見ます。38℃以上の熱が下がらない場合は病院受診します。		なし ・ あり 薬品名 ()
2 頭痛があるとき 疲れが原因のことが多い為、医療係の部屋で安静・睡眠をとって様子を見ます。		なし ・ あり 薬品名 ()
3 腹痛があるとき 便秘が原因のときが多い為、水分をとる・お腹のマッサージ・暖めるなどの対応をします。		なし ・ あり 薬品名 ()
4 下痢になった場合 ぬるめのお茶を飲ませ体を温めて安静にして様子を見ます。快方に向かっていない場合は病院受診します。		なし ・ あり 薬品名 ()
5 スリ傷の場合 水道水で洗い流し絆創膏を貼ります。		なし ・ あり 薬品名 ()
6 打撲・軽い捻挫の場合 アイスノンで冷やし安静にして様子を見ます。重傷の場合は病院受診します。		なし ・ あり 薬品名 ()
7 脱臼の場合 早急に病院受診します。		なし ・ あり 薬品名 ()
8 虫さされの場合 主にアブ・ブヨ・ハチなどに刺されやすいです。ポイズンリムーバーで吸引をしてから石鹸できれいに洗い流します。		なし ・ あり 薬品名 ()
<p>現地での応急処置は1～8の対応をさせていただきます。対応ができない場合は病院受診します。その際、ご家族の方にご連絡しますので、いつでも連絡の取れるようお願いいたします。</p> <p>上記の処置に対して、同行父母と医療係の判断に委ねることに同意をされますか？いずれかに○をご記入下さい。</p> <p style="text-align: center;">同意します ・ 同意しません 保護者氏名 ()</p>		