

「ふくしま保養キャンプinみえ2014」 健康調査票

ご記入日 年 月 日

参加者氏名（ふりがな）	
生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日 満（ ）歳 性別（ ）	
Q 1 この一年のあいだでお医者さんにかかりましたか？	
・はい	
病名（ ）	
・いいえ	
Q 2 現在その病気は？	
・完治した	
・治療中	
Q 3 既往症はありますか？	
・はい 病名（ ）	
・いいえ	
Q 4 現在薬を服用していますか？	
・はい 薬の種類・名前（ ）	
・いいえ	
Q 5 持病・障害・アレルギーなどありますか？	
・はい 内容を詳しくおしえてください。	
（ ）	
・いいえ	
Q 6 健康上、宗教上、信条等の理由で食べられないものがあれば記入してください。	
（ ）	
Q 7 その他特記事項がありましたら記入してください。	
（ ）	
Q 8 その他日頃気になっていることがありましたら記入してください	
（ ）	
保護者氏名（参加者が20歳以下の場合、ご記入ください）	印
保険者番号	

○疾病もしくは既往症のある方は必ず医師の検査を受けてください。

保養への参加が可能という診断があった場合のみ参加できます。

アレルギーの症状が重い場合は対応できかねます。

○日頃医師の処方のもと、あるいは薬局の指示のもと、使っているお薬がありましたらお持ちください。

○健康保険証またはそのコピーを持参ください。

○健康調査票は実行委員会が管理いたします。参加者全員ご提出ください。