健 康 調 査 票

1. スカウト（入団希望者）が１８歳未満の場合は保護者が記入してください。
2. 以下の質問は活動期間中の健康状態の参考にさせていただきますので、できるだけ正確にお答えください。
3. 実施行事等により個別に健康状態を尋ねさせていただくことがあります。
4. 記載内容については一切他に公表いたしません。
5. ボーイスカウト大垣第７団の行事及び活動以外には使用いたしません。

I. **現在、治療中の病気等はありますか**	ない ・ ある（以下に〇印を記入ください） 高血圧 ・ 心臓病 ・肺疾患 ・ 糖尿病 ・ 肝臓病 ・ 胃腸病 ・ 腎臓病 ・ 血液疾患・ 感染症 ・ 各種痛み（部位：　　）その他（　　）
※いつも携行する持薬の有無	【 ない ・ ある 】
アレルギー等について	
①アレルギーの有無 ※アレルギー管理が必要である場合以下へ記入ください	【 なし ・ あり 】
食物・動植物・薬品アレルゲンを記入してください	
症状	
対処方法（薬品名、エピペン等）	
②喘息（発作等）の有無 ※ある場合は以下へ記入ください	【 なし ・ あり 】
通院の有無	有 ・ 無
内服薬・吸入薬など通常携行する持参薬があれば薬品名を詳しく書いてください。	
特に医師から注意を受けていることがあればお書きください	
上記以外に不安なことや特記することがあればお書きください（過去の傷病歴 等）	

平成　　年　　月　　日

本 人 氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞