

# 健康カード（成人会員用）

ガールスカウト宮城県連盟

宮城県第 団 役職	ふりがな 氏名	生年 西暦 月日 年 月 日生	満 才
住所 〒 -		自宅電話 携帯電話 Email	
緊急連絡先	昼間：氏名 (関係) TEL :	夜間：氏名 (関係) TEL :	
1 身体概況 身長 _____ cm 体重 _____ kg 胸囲 _____ cm 平熱 _____ 度 脈拍数 _____ /分 血液型 _____ (Rh) 型 初潮 _____ 歳			
2 既往症（あてはまるものを○で囲み、病名を詳しく記入してください。） 循環器疾患／呼吸器疾患／消化器疾患／腎臓疾患／糖尿病／リュウマチ／貧血／けいれん発作／ぜんそく 高血圧／低血圧／過呼吸症候群／伝染病／食物アレルギー(種類 _____) その他 ( _____ ) ※詳しい病名・症状 ★症状がでた時の対応の仕方			
3 1週間前からの健康状態（症状のあるものに○をつけてください。） 風邪をひいている／頭が痛い／熱がある／体がだるい／咳が出る／鼻水が出る／のどが痛い／どうきがする めまいがする／はき気がする／下痢／便秘／腹痛／胃痛／けいれんを起こす／耳が痛い／歯が痛い／眼疾患 皮膚炎／じんましんがでる／食欲がない／睡眠がとれない／月経困難／けが（部位 _____ いつ／ _____ ） 伝染性疾患（はしか、おたふくかぜ、風疹等／ _____ 医者の許可： 月 日） ※詳しい症状またはその他気になること ★症状がでた時の対応の仕方を明記			
4 1年以内に受けた予防接種血清が（ ある / ない） ※ある場合：種類（ _____ ） 受けた年月日（ _____ ）			
5 現在服用している薬の種類・名前を記入してください。			
6 特記事項			
7 本人の承諾 *本紙に記載の内容以外に、健康状態について申告すべきことはありません。 *緊急を要する病気、けがの場合、専門医への受診、入院などに関する処置は診察医、責任者の判断にお任せします。ただし、手術等の必要が生じた場合は、親族が了承したうえで立ち会います。 *万が一の事故が生じた時の補償は効外保険の範囲内であることを承諾いたします。 *期間中、主催者・滞在施設の指示に従うことを章第いたします。  <div style="text-align: right;">年 月 日 本人署名 印</div>			
8 成人会員が未成年の場合 上記「7. 本人の承諾」の内容について承諾いたします。  <div style="text-align: right;">年 月 日 保護者氏名（署名） 印</div>			

**注意：**

1. 疾病もしくは既往病のある方は必ず医師の精密検査を受けてください。事業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。
2. 健康保険証のコピーを封筒に入れ封をし、団名・氏名を記載し、この健康カードの裏に必ずテープかノリで貼付してください。
3. 健康カードに記載もれがあったり、保護者印がない場合は責任を負えないことがあります。