

健康調査票及びコーチへの伝言欄

参加者氏名	(フリガナ) 男・女	保護者氏名		
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	血液型 型	体重 k g	平熱 °C
住所			TEL	
緊急連絡先	TEL 左記連絡先 父・母・その他 ()			

1 食物アレルギーはありますか? (はい ・ いいえ)

※はい と答えた方

①品名(詳細) をご記入下さい 例) 卵 (生・半熟・加熱全て不可。接している食材も不可)

--

②どのような症状が起こりますか? またその場合の対処法をご記入下さい

--

③アナフィラキシーショックを起こした事がありますか? またその場合の対処法をご記入下さい

はい・いいえ

2 薬のアレルギーはありますか? (はい ・ いいえ)

※はい と答えた方 薬品名をご記入下さい

--

3 当日持参される薬がある場合は、その服用方法もご記入下さい。

薬品名:	服用方法:

4 今まで大きな病気・ケガをしましたか? (はい ・ いいえ)

※はい と答えた方 病名をご記入下さい

--

5 かかりつけの病院があればご記入下さい。

病院名:	TEL

6 コーチへの伝言など

--

用紙に書ききれない場合は裏面をご利用下さい

この用紙は申込書と一緒にご提出下さい。

提出いただきました個人情報は、本イベントに関連することのみに使用させていただきます。

この用紙は実施後、健康保険証のコピーと併せてお返し致します。