

村名		パトロール NO.	
----	--	--------------	--

(少女会員用)
健康カード

(一社) ガールスカウト群馬県連盟

フリガナ	ガールスカウト 群馬県 第 団	生年月日	
氏名	部門	西暦 年 月 日	満 歳
保護者氏名	住所 〒 -	TEL FAX	
		E-mail	
○保護者の緊急連絡先	昼間 TEL	夜間 TEL	
1. 身体状況			
身長 _____ cm 体重 _____ kg 平熱 _____ 度 脈拍数 _____ /分 血液型 (Rh) 型 初潮の年齢 _____ 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 精神疾患 糖尿病 リウマチ 貧血 けいれん発作 ぜんそく 高血圧 低血圧 過換気症候群 伝染病 アレルギー (種類) その他 () ※詳しい病名・症状			
3. 1週間前からの健康状態 (症状があるものについて○をつけてください) かぜをひいている 頭が痛い 熱がある 体がだるい せきができる 鼻水が出る のどが痛い どうきがする めまいがする はきけがする 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 けがをした [部位 いくつ /] 伝染性疾患 (はしか、おたふくかぜ、風疹など) 伝染病疾患の恐れがある ※詳しい症状またはその他気になること			
当日体温: 			
4. 1年以内に受けた予防接種血清 [なし / あり] ※ある場合 : 種類 _____ 受けた年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
5. 現在服用している薬の名前・種類 (用途)			
6. 保護者からの特記事項 (宗教上の医療拒否など)			
7. 保護者の承諾 * _____ (参加者氏名) が健康であることを認め「キラキラ☆ブラウニー ルンルン♪ジュニア」に参加させます。 * 病気、けがが発生した場合、主催者側指定の医師にかかることを承諾します。 * 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、責任者の判断におまかせします。ただし、手術などの必要が生じた場合は、保護者が了承したうえで立ち会います。 * 主催者の指示以外の行動をとったことによる病気、けがの責任は保護者にあることを承諾します。 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 保護者署名 _____ 印			
8. リーダーからの伝達事項 (健康面) 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 都道府県連盟 団 リーダー署名 _____ 印			
●参加者本人の同意 * 期間中、ガールスカウト日本連盟指導者の指示に従うことに同意します。 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 参加者氏名 _____ 印			

注意

- (1) 疾病もしくは既往症がある方は、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) 記載漏れや、捺印のない場合は、主催者側で責任を負えないことがあります。
- (3) **健康保険証のコピーは集めません。期間中、参加者本人が必ず携帯すること。**