

2026 春 強 化 合 宿 健 康 調 査 票

ふりがな		平熱	℃
名 前		血液型	

住 所 _____

電話番号 _____ 保護者名 _____

緊急連絡先 _____ 生年月日 西暦 _____

- ☆慢性の病気をお持ちですか。 (YES ・ NO)
 YESとお答えの方 病気名 ()
- ☆アレルギー体質ですか。 (YES ・ NO)
 YESとお答えの方 ()
- ☆夜の用便に起こしますか。 (YES ・ NO)
 YESとお答えの方 一日 回 時頃
- ☆今回、薬は持参されていますか。 (YES ・ NO)

服薬依頼書				
会員氏名	保護者氏名		(印)	
薬剤名・種類	形状	用法	用量	備考
	粉末・錠剤・液状 カプセル・塗り薬 その他 ()	(朝・昼・夕)食前 (朝・昼・夕)食間 (朝・昼・夕)食後 その他()	1回 ()錠 ()包 その他 ()	
	粉末・錠剤・液状 カプセル・塗り薬 その他 ()	(朝・昼・夕)食前 (朝・昼・夕)食間 (朝・昼・夕)食後 その他()	1回 ()錠 ()包 その他 ()	
	粉末・錠剤・液状 カプセル・塗り薬 その他 ()	(朝・昼・夕)食前 (朝・昼・夕)食間 (朝・昼・夕)食後 その他()	1回 ()錠 ()包 その他 ()	

その他お子様の健康状態や生活面に関する事で何かあればお書きください。

同意書について

個人情報保護法が全面施行されてから、医療関係が怪我をして外来に来た児童、生徒の症状や治療内容を、付き添いの教師に教えてくれない事例が相次いであるそうです。個人情報保護法は、本人の同意なしに個人情報を第三者に提供することを禁じているので、そのような事が起こります。合宿にご参加いただき怪我などが起こる事のないように指導員一同十分に気をつけておりますが万が一と言う事もございますので下記の同意書をお読みの上、ご署名いただきたく思います。保護者の皆様方のご理解ご協力をよろしくお願い致します。

同 意 書

FC REGATE 合宿管理下で会員・参加者が病気、怪我などで受診し、保護者が直接来られない場合、FC REGATE の指導員が医療関係から病気や怪我に関する説明を得ることに同意する。

住 所 _____

ふりがな _____ 保護者名 _____ (印)