

京都YMCA参加者調査書

記入日 年 月 日

*事務所記入欄

年度							
クラス名							

名前		生年月日	(西暦)	年	月	日
----	--	------	------	---	---	---

健康について	●現在かかっている疾患 病名：	●定期的に、医師の治療を必要とする はい・いいえ	●定期的に、服用または利用している薬がある はい・いいえ	
		治療内容	薬の種類や用法などの詳細	
	●食物アレルギーについて アレルギー反応がある・・・ はい・いいえ (はいに○をつけられた方は詳細をご記入ください。)			
	アレルギー 例) 卵	除去のレベル 例) 少量○、加熱○	症状 例) 発疹	薬 例) △△軟膏
	●アナフィラキシーショックの症状を起こしたことがある・・・ はい・いいえ ●スズメバチに刺されたことがある・・・ はい・いいえ			
	☆体質によって虫さされなどでごまかにアナフィラキシーショックを起こすことがあります。屋外活動で虫にさされてアレルギー反応を起こし、さされた箇所だけでなく皮膚の弱いまぶたや唇などもはれたり、ひどい場合には熱をもったりすることがあります。			
	●健康について○をつけてください。	①便秘・・・規則正しい・不規則・便秘をしやすい・下痢をしやすい		
	②乗り物酔いする・・・ はい・いいえ	③風邪をひきやすい・はい・いいえ	④夜尿症がある・・・ はい・いいえ	
	⑤疲れやすい・・・ はい・いいえ	⑥皮膚が弱い・・・ はい・いいえ	⑦視力・・・眼鏡・コンタクト・裸眼	
	●かかったことのある病気に○を、予防接種をうけているものに△をつけてくださいみずぼうそう・はしか・おたふくかぜ・風疹			
●いままで特別な病気(心臓病・腎臓病・呼吸器疾患など)の病気にかかったことがありますか。	はい・(病名) (最後 年 月ごろ)・現在治療中・いいえ			
●急性中耳炎・急性外耳炎になったことがある。	はい・いいえ・なりやすい			
●健康について気になること	●その他既往症			

本人の性格(お気付きの点を、ありのままご記入ください。)

本人のプログラムに対する希望

趣味・特技・好きな遊びなど

保護者のプログラムに対する希望

その他(予めリーダーが把握しておくべき事柄)

平熱	°C	最近の写真を貼ってください。写真の裏面には、参加プログラム名とお名前をご記入ください。	健康保険証の写しをお貼りください。(任意です。)保険証の写しは重要な個人情報としてYMCAの個人情報保護規程に基づいて厳重に管理いたします。※調査書からはみ出しても結構ですので、そのままの大きさと貼って折り返してください。
血液型	型	※スナップ写真 デジタルカメラ写真(プリクラは不可)	