

健康チェックカード

下記の「個人情報の取り扱いについて」に同意いただけましたら、ご署名をお願いいたします。

個人情報の取り扱いについて

- 事業者の名称: 公益財団法人横浜市体育協会
- ご記入いただいた個人情報は、当該事業に参加いただく方の薬服用や食物アレルギーの有無など、健康状態を把握するために利用します。
- ご記入いただいた個人情報について、緊急の場合の医師や看護師への情報提供を除いては、第三者に提供することはありません。
- 個人情報の取り扱いについて、委託することはありません。
- 当協会が保有する個人情報の利用目的の通知・開示・内容の訂正・追加または削除・利用の停止・消去および第三者への提供の停止に応じる窓口は、7の問い合わせ先と同じです。
- 必要事項をご記入いただけない場合、当事業にご参加できない場合があります。
- 個人情報取り扱いに関する苦情、相談等の問い合わせ先
 - 個人情報保護管理責任者 公益財団法人横浜市体育協会 事務局長
 - お問い合わせ窓口: 総務部総務課 電話 045-640-0011 FAX 045-640-0021

平成 年 月 日 ご署名

ふりがな 参加者氏名		性別: 男・女	年齢 歳
		生年月日: 昭和・平成 年 月 日	
住所(自宅)	〒 電話 ()		
保護者 連絡先	昼間: 自宅・会社・その他 夜間: 自宅・会社・その他	自宅以外の方の連絡先 名称: 電話: ()	
緊急連絡先 (必ずご記入ください)	ふりがな 氏名: 電話: ()	参加者との続柄:	

平熱	度	今朝の体温	度	血液型	A・B・O・AB	+-
今朝便通はありましたか		はい (平常・ゲリ)	いいえ			
食欲はありましたか		夕食 (はい・いいえ)、朝食 (はい・いいえ)				
睡眠時間は どのくらいですか		就寝時間 時 分頃 ~ 起床時間 時 分 睡眠時間 時間 (よく寝た・ふつう・ねむい)				
体の調子はどうですか		ケガや病気をしていませんか (している・していない) している場合 (部位・病名など):				
現在、薬を飲んでいる人 または常備薬としてキャン プに持っていく人はそ の薬を教えてください。		薬の名前: 何の薬ですか (疾病名など): 投薬時間は: 朝・昼・夜: 食前・食間・食後 その他 () 投薬方法は:				
保護者の方からスタッフ に伝えておきたいこと (ア レルギー等) がありました らご記入ください。						

健康観察記録

(スタッフ記入欄)

1 日 目	
2 日 目	
3 日 目	
4 日 目	
備 考	