

健康・家族調査票

板橋区ラグビー協会
板橋ラグビースクール 殿

生徒氏名(ローマ字での表記も): _____ 年齢: _____ 歳 性別: 男 女
生年月日:(西暦) 20____年____月____日 小学校(幼稚園)名: _____ 小学校(幼稚園)____年____組
自宅住所: _____ 電話番号: _____ (関係): _____
MAIL ADDRESS: _____ 緊急時連絡番号: _____ 所有者名(関係): _____
(*以下は不記載可 兄弟姉妹:<兄弟構成も> _____ ご両親の職業: 父: _____ 母: _____)

健康状態につきましては、以下の通り相違ありません。

記

視力の問題:あり なし / あり の場合: _____

張力の問題:あり なし / あり の場合: _____

1. 現在治療中の病気 あり なし

あり の場合:病名と発病年月、医師より処方されている薬の有無、および医療機関をお知らせください。

病名:(現在の通院状況など 以複数の場合は数字①, ②...で区別してください): _____

通院中の病院: _____

病院(電話番号) _____ 通院先病院 ID: _____

_____科 _____先生

医師よりの注意事項: _____

* 今回入校するに当たり主治医の先生からのご意見・ご注意がございましたら、別紙でもかまいませんお知らせください。

2. アレルギーの有無 あり なし

あり の場合: 季節性アレルギー 食物アレルギー 薬物アレルギー その他 _____

上記に対して服薬 あり なし / あり の場合: 通年で服薬 あり なし

局所麻酔のアレルギー あり なし

アナフィラキシーと言われたことはありますか? あり なし

(ありの方:エピペンを所持したことはありますか? あり なし)

喘息吸入薬の使用:あり なし)

3. 喘息 あり なし あり の場合: 喘息吸入薬の使用:あり なし

4. 過去に、入院手術をしたり、2週間以上の入院をしたことがあれば病名と年齢を記入して下さい。 あり なし

「あり」の場合 病名: _____ 時期: _____年____月____日 入院日数:約____日

備考:入港に際してスクール職員への要望その他: _____

2024年____月____日

保護者氏名(続柄) _____ (____) 印

(個人情報の取扱いについて)*健康調査票にご記入頂きました個人情報につきましては、板橋区ラグビー協会が厳正に管理すると共に、「板橋ラグビースクール」参加者の健康管理のための参考資料としてのみ使用いたします。この個人情報は、退校後に適正に消去致します。

板橋区ラグビー協会 2024.4