**平成２９年度ミクロネシア諸島自然体験交流事業**

**健康状態調査票**

|  |  |
| --- | --- |
| 主催者記入欄 |  |

※応募者について、保護者が記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 応募者氏名 |  | 血液型  ＿\_ 型 RH（＋・－）  ※（+・-どちらかに〇） | 小学・中学　　　年生  男　・　女 |
| 現　住　所 | （〒　　　　－　　　　） | | |

●　アレルギーがありますか？　該当する項目の□にチェックを入れてください。また、どのような場合に症状が出やすいか、症状が出た場合の対応方法を教えてください。

□　アレルギー性鼻炎　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　アトピー性皮膚炎　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　じんましん　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　ぜん息　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　花粉症　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　食べ物アレルギー　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　動物アレルギー　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　植物アレルギー　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　薬アレルギー　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　特になし

●　既往症の有無についてお答えください。有と回答された場合は、具体的にお書きください。

　　　□無　　　　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●　その他、お子様の健康について注意すべきことや、常用薬などがありましたらその薬品名もお書きください。

派遣参加者に決定した場合、私は、派遣業務運用上、上記情報を随行する看護師、ディレクター、リーダー、コーディネーター、通訳に伝えることに同意します。

平成２９年　　月　　日

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※　参加の選考基準として、健康状態を考慮させていただく場合があります。

※　ご記入いただいた上記内容は、本事業の実施のみに使用いたします。