

令和8年度埼玉連 JL 上級資格認定研修会事前健康調査票

(ふりがな) 氏名		性別	男 女
		年齢	才
住所		所属子連	
保護者氏名			
連絡先 (TEL)		緊急時 連絡先	(続柄:)

本調査票は、お子様の研修会期間中における健康管理の安全を確保するための資料とすることを目的に指導者及び育成者、宿泊施設において共有するものです。その他の目的に使用することは一切ありません。

また本調査票は、個人情報の取扱いに留意の上、責任をもちまして保管・処分いたします。

以上の個人情報の取扱いに同意の上、御署名いただき事前調査票を提出願います。

令和8年 月 日 保護者署名 _____ (印)

1 日常よくある事のうち該当するものを丸で囲んでください。

- ・よく眠れない
- ・寝つきが悪い
- ・風邪をひきやすい
- ・お腹が痛くなる
- ・下痢をしやすい
- ・便秘になりやすい
- ・貧血を起こしやすい
- ・鼻血が出やすい
- ・ケイレンを起こしやすい
- ・皮膚が弱い (虫刺され・太陽光線・アレルギー・その他())
- ・喘息の発作がある (最近いつあったか? 年 月 日)
- ・過呼吸になりやすい

2 食物アレルギーの有無 有 無

— 「有」と答えた方のみ記入ください。 —

(1) 有の場合、その食品名 (食材名) は何ですか。

()

(2) 食物アレルギーの症状が出た場合の治療薬をお持ちですか。

・はい (飲み薬・注射) ・いいえ

3 薬のアレルギーの有無 有 無

— 「あり」と答えた方のみ記入ください。 —

(1) 有の場合、その薬名は何ですか。 ()

4 食物・薬以外のアレルギーがあれば、その症状やその程度、対処法などを記入ください。

()

5 日常飲んでいる薬があれば、記入ください。

()

6 1か月以内のケガの有無 有 無

—「有」と答えた方のみ記入ください。—

ケガの箇所とその症状 ()

7 ご本人の健康状態（病気・ケガ等）について伝えておきたいことなどがありましたら記入ください。

- ・定期的に通院している方は、病院名と主治医名を記入ください。
- ・心疾患・喘息・ケイレン発作のあった方は最終発作年月日を記入ください。

()

※ 申込書とは別に直接封書で下記に郵送くださるようお願いします。

一般社団法人埼玉県子ども会連合会事務局

住所 〒330-0074 さいたま市浦和区北浦和5-6-5

埼玉県浦和合同庁舎別館内

※ 必要のある場合は内容について事前にお問い合わせすることもありますのでご承知おきください。