

健 康 調 査 票

記入日 令和 年 月 日

選手氏名

※ 必ず保護者の方と一緒に正確に記入してください。

※ 該当欄に○印や記入をお願いします。

質問 1) 全員に聞きます。 過去 1ヶ月以内に怪我や病気をしましたか？	は い	いいえ
質問 2) 質問 1 で「はい」と答えた人に聞きます。 * その病気や怪我は完治しましたか？	は い	いいえ
質問 3) 質問 2 で「いいえ」と答えた人に聞きます。 * その病気や怪我の状況を教えてください。また、現在使っている薬等があれば記入してください。 《病名および故障箇所》 [] 《症状等（故障箇所であればどのようなときに痛みが出るのか等）》 [] 《使用薬品名》 []		
質問 4) 全員に聞きます。 アレルギーはありますか？	は い	いいえ
質問 5) 質問 4 で「はい」と答えた人に聞きます。 * アレルゲン（アレルギー症状を引き起こす原因）は何ですか？ []		
質問 6) 集団生活を送るにあたり、健康上で特に気を付けなければならないことがあれば記入してください。 []		
質問 7) 全員に聞きます。常日頃から服用している薬やサプリメント（プロテイン等）がありますか？もしあれば、商品名を出来るだけ正確に記入してください。 <製造元名 : > <商品名 : >		

※ 最後に間違いがないかご確認の上、署名をお願いします。

保護者氏名 印