

健康状態自己申告書

氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 （ 歳）
現住所	〒 - - [電話 - -]		
疾患 <現在かかっているもの> <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸障害 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉疾患 <input type="checkbox"/> 皮膚病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> その他	具体的に記入して下さい。	身長	cm
		体重	kg
		視力 (矯正視力)	右 ・ 左 ・ (・) (・)
		聴力	異常なし ・ あり ()
		血圧	異常なし ・ あり ()
		運動機能	異常なし ・ あり ()
		既往症 <過去にかかったことのあるもの> <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 肋膜炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎炎 <input type="checkbox"/> 各種アレルギー <input type="checkbox"/> その他	具体的に記入して下さい。
上記の申出事項は自らが記入したものであり、事実と相違ありません。 また、本事業に参加するに際し、健康上の支障はありません。			
令和 6 年 月 日 団員名 _____ 保護者名 _____ 印 ※必ず保護者の方が署名して下さい。			

* 該当する□に✓を付け、その内容を具体的に記入して下さい。

* そのほかの項目は、漏れなく記入して下さい（該当しない場合は、「該当なし」と記入します）。