

カブスカウト用

令和7年度愛媛県連盟カブラリー

所属団

第 団

事前健康調査票

記入日

2025年 月 日

フリガナ	氏名	性別	生年月日	西暦		年齢
		男・女		年	月	
		血液型	Rh ()	型	平熱	. 度くらい

緊急連絡先	勤務先等の場合は 部署等まで詳しく ご記入ください。	昼間	①	名称 氏名			
				続柄		電話	()
		夜間	②	名称 氏名			
				続柄		電話	()
		夜間		名称 氏名			
				続柄		電話	()

現在治療中の 病気・けがは ありますか	いいえ	はい	傷病名			
			医師の指示 活動の 注意点等			
現在薬を服用、使用 (ぬったり貼ったり) していますか	いいえ	はい	傷病名			
			薬の服用・ 使用状況	(例: 每食後 薬名 1錠等)		
			注意事項			
薬・食物その他の アレルギーは ありますか	いいえ	はい	原因			
			症状			
			対応			
過去に薬・注射などで 気分が悪くなったり発疹 が出たりしたことは ありますか	いいえ	はい	症状			
			薬品名			
			留意事項			
乗り物酔い しやすいですか	いいえ	はい	症状	() 薬を持参する		
				() 薬を持参するほどではない		
				() その他 []		
常用している薬のほかに 持参する薬は ありますか	いいえ	はい	薬の名前			例: ビオフェルミン
			はたらき			例: 整腸剤
			飲み方			例: 腹痛時1錠

裏面につづく

【女子のみ】 月経（生理）は始まっていますか	いいえ	はい	初経	年 月頃				
			期間中月経になりそうですか	いいえ	はい	わからない		
その他健康上配慮を要すること等があればご記入ください								
信仰や信条等に関連して配慮すべきことがあればご記入ください								

保護者の方へ

1. この調査票は、表面にスカウト氏名を記入した封筒に入れて指定された期日までに隊指導者に提出してください。
2. この調査票は、本事業における健康安全にのみ使用し、終了後返却します。
3. 持病のあるスカウトは、事前に主治医に参加にあたっての相談および諸注意等を受け、指示された薬等がある場合は、必ず持参させてください。
4. 原則として、隊指導者は内服薬を処方することはできません。乗り物酔いや下痢・腹痛等を起こしやすいスカウトは、日頃飲み慣れている薬や、かかりつけの医院で処方された薬を持たせてください。
5. 持参した薬は、個人での管理となりますので使い方についてはスカウトが自分でできるよう、事前に使い方や注意等の詳しい説明をお願いします。使い方等自分で行うことが難しい場合は隊指導者にご相談ください。
6. 内服薬の事故を防ぐため、期間中他のスカウトからもらったり、あげたりすることのないよう、ご家庭でもご指導をお願いします。
7. 緊急連絡先は、必ず連絡がとれる連絡先をご記入ください。
8. この調査票提出後に新たに知らせておきたいことや連絡先の変更等がありましたら、隨時隊指導者にお知らせください。
9. 緊急の場合は、責任者の判断により医療機関へ搬送します。
10. 期間中に発熱等により、現地での対応が困難となった場合は保護者の方に現地まで迎えに来ていただくことがありますのでご了承ください。
11. 記載された情報に関し、隊指導者および医療担当者において情報を共有させていただきますことをご了承ください。