

## 2019年度健康調査票

個人情報(センシティブ情報)につき、緊急時のみ使用いたします

フリガナ		生年月日	西 暦	年齢	血液型
名前			年 月 日	歳	
フリガナ					
保護者名					
住所					

## 緊急連絡先

	電話番号	名 前	続柄
1			
2			
3			

下記で罹ったことのあるものに○、予防注射をしているものに△をして下さい

はしか 風疹 おたふくかぜ みずぼうそう 破傷風(三種混合ワクチン)

アレルギー なし ・ あり→

常備薬 なし ・ あり→

喘息の症状が出ることもある ( いいえ ・ はい )

普段メガネ・コンタクトの着用がある ( いいえ ・ はい )

糖尿病と診断されたことがある ( いいえ ・ はい )

高血圧・低血圧である ( いいえ ・ はい )

家系の中で心臓の病気、がんで亡くなった人がいる ( いいえ ・ はい )

先天性疾患がある ( いいえ ・ はい )

これまでに大きな怪我や手術、入院をしたことがあれば記入して下さい