

健康ノート

名前 _____

身長	cm	体重	kg	血液型	型
身体状況	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 弱い		乗り物酔い	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	
体温	熱が... °C <input type="checkbox"/> 出やすい <input type="checkbox"/> 出にくい		脈拍	/分	
排便	1日	回	時/時頃	睡眠	寝起きが <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い
性格				趣味 特技	
現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		(具体的な病名)		
過去にかかった大きな病気	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		(具体的な病名)		
次の体質で、あてはまるものに印(「レ点)をつけてください。					
<input type="checkbox"/> 胃が痛くなりやすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 虫にさされるとはれる <input type="checkbox"/> ジンマシンがしやすい <input type="checkbox"/> アトピーがある <input type="checkbox"/> 現在ケガをしている ※清拭は 必要 ・ 不必要 ※どこですか?()					
アレルギー (食事・動物・薬物など)	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		(具体的なアレルギー)		
	どの様な症状(自覚症状の有無など)が起こりますか?				
	症状が出た時の対応はどうされていますか?(要病院・その他:冷やす等)				
夜尿症はありますか? <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※ある方のみ 何時頃(時 分頃にトイレに起こす) どんな時(興奮した時・疲れた時・その他)					
身体的不自由	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		(具体的に記入)		
	どのような症状ですか? 普段はどのように対応をされていますか?				
参加中に持参する薬はありますか?	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		(薬の名前(何の薬ですか?))		
	当会では、薬の服用についてはリーダーからは服用したかどうか声をかけますが、原則として薬の管理・服用については、自己管理となります。出発までに各ご家庭でお子様にお話ください。				
連絡事項 治療中の疾患等	(引率する上で特に知っておくべき内容がありましたらお伝えください。)				