

# 健康状況等調査票

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

健康状態	血液型 RH ( + - ) ( A ・ B ・ O ・ AB ) 体温 (平熱) _____ °C 慢性疾患 有 _____ 無 _____ (疾患名 _____ ) アレルギーの 有 _____ 無 _____ 健康状態であらかじめ伝えておきたいこと ( _____ ) かかりつけの病院 ( _____ ) // 電話番号 ( _____ ) 健康保険証番号 ( _____ )	
緊急時の連絡先	① _____ 続柄 : ( ) 携帯 会社 自宅 携帯メールアドレス _____ <small>緊急連絡が同一世帯以外の場合は、住所・氏名を追加記入してください。</small> 住所 _____ ・ <sup>ふりがな</sup> 氏名 _____	
※緊急時の連絡先については優先順位①、②の順に連絡します。	② _____ 続柄 : ( ) 携帯 会社 自宅 携帯メールアドレス _____ <small>緊急連絡が同一世帯以外の場合は、住所・氏名を追加記入してください。</small> 住所 _____ ・ <sup>ふりがな</sup> 氏名 _____	
主にお迎えに来る方の氏名・続柄	<sup>ふりがな</sup> 氏名 _____ ・ 続柄 _____ *保護者以外の方が迎えに来る場合は、備考に住所・連絡先・お迎え時間等を備考に記入してください。	
稽古等	(有・無) 稽古の種類 ( _____ ) 稽古日 毎週 ( _____ ) 曜日 時間 : _____ ~ _____ :	(有・無) 稽古の種類 ( _____ ) 稽古日 毎週 ( _____ ) 曜日 時間 : _____ : _____ ~ _____ :

※緊急メールを情報発信する場合がありますので、携帯をお持ちの方は携帯メールアドレスの記入をお願いします。