

# 健康状態に関する確認票

この確認票の提出が参加条件となります。この票は、緊急対応時に活用いたします。  
事業終了後は速やかに、破棄いたします。

## 本確認票の目的

本調査は、事業参加にあたり緊急連絡先の確認、健康状態と食物アレルギーの有無と内容、程度を伺い、食物アレルギーをお持ちの方に、ご提供可能なお食事を確認するために実施するものです。好き嫌いに関するものは含まれないことを予めご承知おきください。

## 宿泊者基本情報（該当を○で選択または記述ください）

氏名	ふりがな
住所 〒	
生年月日（西暦）	年 月 日
緊急連絡者続柄	緊急連絡者同居の有無    あり    ・    なし
緊急連絡者氏名	ふりがな
住所 〒 <div>※同居の場合は不要</div>	
自宅電話	携帯

## 健康状態に関する確認（該当を○で選択または記述ください）

現在の体調	良好    ・    不調あり
平熱の目安	℃
今朝の体温（計測時間 時頃）	℃
直近1週間の咳の有無	なし    ・    あり
直近1週間の発熱の有無	なし    ・    あり
直近1週間の倦怠感	なし    ・    あり
持病（食物アレルギー・ぜんそく等）や既往症の有無    [ なし    ・    あり ] ＜具体的に＞	
現在服用している薬（常用薬や持病薬など）    [ なし    ・    あり ] ＜薬名、服用理由、回数、量など＞	
配慮が必要な事項 ＜具体的に＞	
通信欄（スタッフに伝えておきたいこと）	

※裏面あり（未成年保護者の同意）

## 保護者の同意について（18歳未満の参加者）

以下の内容について確認し、ご了承のうえ、【 】内記述及び自著によるサインをお願いいたします。

\* 【 】（参加者氏名）が健康であることを認め、宿泊事業、野島ボランティア交流ミーティング(1/31～2/1)に参加させます。

\* 活動実施中に病気、けがや発熱が発生した場合はプログラムから一時離脱のうえ休養、または場合により保護者引き取りによる帰宅となることを了承し、引き取りとなる際は迅速に対応します。

\* 緊急を要する病気やけがの場合、医療機関への受診および入院などに関する処置は診察医、主催者の判断に委任します。ただし、手術などの必要が生じた場合は、保護者が了承した上で立ち会います。

\* 主催者の指示以外の行動をとったことによる病気、けがの責任は保護者にあることを承諾します。

【 】年【 】月【 】日 保護者氏名【 】