

# 健康調査票 (第17回日本スカウトジャンボリー 愛知連盟尾張西地区参加隊用)

所属 一宮 第 団  
稲 沢

\* 次の各項目についてお尋ねします。各項目の質問について、1つ以上「はい」となる場合は「はい」、全て「いいえ」となる場合は「いいえ」に○をつけ、必要事項を記入してください。また、裏面には保険証のコピーを添付してください。これは健康診断書に代わる調査ですから全項目を必ず記入してください。

				記入日	年 月 日
フリガナ		性別	M・F	生年月日	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)
氏 名					
住 所	〒			電話番号	( ) -
保護者名		緊急連絡先		携帯・勤務先 (社名: )	

スカウトの概況	身長	cm	体重	kg	血液型	型 (RH )	視力	右: ( ) 左: ( )
---------	----	----	----	----	-----	---------	----	---------------

\* 視力欄の ( ) 内には矯正視力を記入。

最近の健康状況	1	最近感じていること ない:0 たまにある:1 よくある:2 そのため治療中:3 ・頭痛・頭重がありますか 0・1・2・3 ・めまいがしますか 0・1・2・3 ・階段を昇ると動悸がしますか 0・1・2・3 ・息苦しくなりますか 0・1・2・3 ・足がむくむことがありますか 0・1・2・3 ・鼻から出血がありますか 0・1・2・3 ・鼻水が出ますか 0・1・2・3 ・せき・たんが出ますか 0・1・2・3 ・顔がむくむことがありますか 0・1・2・3 ・口がひどく渇きますか 0・1・2・3 ・尿の回数が多いですか 0・1・2・3 ・吐き気や吐くことがありますか 0・1・2・3 ・腹が痛むことがありますか 0・1・2・3 ・下痢しやすいですか 0・1・2・3 ・便秘しやすいですか 0・1・2・3 ・関節が痛んではれることがありますか 0・1・2・3 ・背中や腰が痛みますか 0・1・2・3 ・心臓がしめつけられる感じがしますか 0・1・2・3 ・おできがでやすいですか 0・1・2・3 ・皮膚がかぶれやすいですか 0・1・2・3 ・風邪をひきやすいですか 0・1・2・3 ・体がだるいですか 0・1・2・3 ・ちょっとした作業(仕事)でも疲れませんか 0・1・2・3 ・なんとなく不安でいらいらしますか 0・1・2・3 ・ぐっすり眠れないことがありますか 0・1・2・3 ・気を失ったことがありますか 0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	
	2	最近3ヵ月以内に、医師の診察・治療・投薬を受けたことがありますか。また、その結果、検査・治療・入院・手術を勧められたことがありますか。	はい・いいえ				
	過去3年以内の健康状況	3	過去3年以内に、病気やケガで継続して7日以上入院したことがありますか。	はい・いいえ			
		4	過去3年以内に、病気やケガで手術を受けたことがありますか。	はい・いいえ			
		5	過去3年以内に、以下の病気で医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。		はい・いいえ		
			a	心臓・血圧の病気	狭心症・心筋梗塞・心臓弁膜症・先天性心臓病・心筋症・高血圧	はい・いいえ	
			b	脳・精神・神経の病気	脳卒中(脳出血・脳梗塞・くも膜下出血)・脳動脈硬化症・精神病・ノイローゼ・てんかん・知的障害・自律神経失調症・アルコール中毒	はい・いいえ	
			c	肺・気管支の病気	ぜんそく・慢性気管支炎・気管支拡張症・肺気腫・肺結核	はい・いいえ	
			d	胃腸・膵臓の病気	胃潰瘍・十二指腸潰瘍・潰瘍性大腸炎・膵臓炎	はい・いいえ	
			e	肝臓・胆嚢の病気	胆炎・肝硬変・肝機能障害・胆石・胆嚢炎	はい・いいえ	
f			腎臓・尿管の病気	腎炎・ネフローゼ・腎不全・腎のう胞・腎臓結石・尿管結石	はい・いいえ		
g	眼・口・鼻の病気	白内障・緑内障・角膜の病気・角膜炎・中耳炎	はい・いいえ				
h	癌・腫瘍	癌・肉腫・白血病・腫瘍・ポリープ	はい・いいえ				
i	右記に掲げる病気	糖尿病・リウマチ・膠原病・貧血症・紫斑病・甲状腺の病気・椎間板ヘルニア・痔	はい・いいえ				
6	最近3年以内に、上記5項に掲げる以外の病気やケガで7日間以上にわたり医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。	はい・いいえ					
上記3~5項のうち、次に該当する項目を記入。		病気・ケガの名称 ( ) 入院期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 手術名称または手術部位 ( )					

身 体 の 障 害	7	視力・聴力・言語・そしゃく機能に障害はありますか。		はい・いいえ	
	8	手・足・指について欠損または機能に障害はありますか。または、背骨(脊柱)に変形や障害がありますか。		はい・いいえ	
	上記 7～8 項のうち、次に該当する項目を記入。		障害名称または障害部位 ( ) 障害等級 ( 級)		
そ の 他	これまでに下記の伝染病の既往歴はありますか。ない場合は予防接種を受けていますか。				
	9	a	はしか・3日はしか	はい・いいえ	いいえの場合⇒予防接種を受けていますか。 はい・いいえ
		b	水疱瘡	はい・いいえ	いいえの場合⇒予防接種を受けていますか。 はい・いいえ
		c	おたふく風邪	はい・いいえ	いいえの場合⇒予防接種を受けていますか。 はい・いいえ
	10	破傷風の予防接種は受けていますか。		はい・いいえ	
	11	アレルギーはありますか。ある場合アレルギー名称・原因物質を記入してください。	はい・いいえ	いいえの場合 ⇒アレルギー名称 ( ) アレルギー原因物質 ( )	
	12	現在以降、引き続き服用しなければならない薬品はありますか。ある場合は薬品の効能と投薬時期を記入してください。	はい・いいえ	( ) はいの場合⇒薬品効能と投薬時期 ( ) ( )	
13	その他、特記事項があれば、ご記入ください。				

上記内容に相違ありません。

保護者確認 (署名) \_\_\_\_\_ ㊟

**\*保険証コピー添付欄\***

※のりは左右両片のみに使用してください。  
 ※感熱紙コピーは避けてください。

《注意事項》

- ・記入内容に大きな変更（病気等の既往歴・アレルギー等）が生じた場合、速やかに所属隊長に連絡してください。
- ・保険証記載内容に変更が生じた場合は、所属隊を通じて改めてコピーを提出してください。
- ・記入内容は、スカウト活動中の健康管理を目的に使用します。大会終了後、参加隊にて責任をもって破棄します。