【ご提出用】健康連絡表

参加ツアー名		ツアー日程	月　日（　）～　月　日（　）		
ふりがな 参加者氏名		クラブ名			
生年月日	西暦　年　月　日	学年 年齢	年生 才	性別	男　・　女
住所　（〒　－　）				体重	kg
TEL　－　－ その他の緊急連絡先　－　－ （　方）		ふりがな 本表記入者 氏名	（続柄：　）		
今回のキャンプでお子様の成長や体験に期待することや、スタッフへの要望・連絡事項などがありましたらお聞かせください。					

出発前の健康チェック			
平常体温	℃	血液型	型

	3 日前	2 日前	前　日	当　日
体温	℃	℃	℃	℃
睡眠時間	時間	時間	時間	時間

		3 日前	2 日前	前　日	当　日
食欲	○ある △ふつう ×少ない				
便通	○ある △なし ×不調				
体　調　詳　細					
風邪・発熱について		1．　最近、発熱があった（どちらかを○で囲んでください） あり（　月　日頃）　なし 2．　1週間以内に家族でインフルエンザにかかっていた人がいる いる　いない 3．　インフルエンザの予防接種を受けている いる（　月　日頃）　いない		

下記に該当する番号を○印で囲み、必要事項をご記入ください。

健康状態について	1．持病がある 病　　名： 対 処 法： 薬の処方： 2．持病ではないが気をつけて欲しい点がある 病　　名： 対 処 法： 薬の処方： 3．特に必要な点はない
偏食について	1．拒絶反応を示すほどの偏食がある (品名：　　) 2．多少きらいな程度の偏食がある (品名：　　) 3．なし
アレルギーの有無	1．あり　**ありの場合** ‥‥アレルギー名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 処置方法： 2．なし
医療機関による加療及び関係者による処置の同意について	医療機関による加療及び関係者による処置が必要と認められる場合、 適切な加療を受けることを同意します。　□同意します　□同意しません 保護者氏名： 同意しない場合は理由をご記入ください：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
普段服用している薬	1．あり　**ありの場合** ‥‥使用方法をご記入ください 2．なし　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
市販薬について	・市販の内服薬（風邪薬・腹痛等）を服用させてもよろしいですか？ 1．よい　2．悪い　3.その他（　　）
車酔いについて	1．する　2．しない
セントラルキャンプ参加歴	1．参加したことがある（　回）　2．参加したことがない
宿泊ツアー参加者の方は以下もご記入ください。	
夜、トイレに起こす時間	1．必要あり（時間：　）　2．必要なし
宅配便について	・行きの荷物は宅配便を使用しますか？ 1．はい　2．はい«往復申し込み済み»　3.いいえ はいの場合： （　）個　荷物の特徴（形：　色：　） 業者名（　）　伝票 No（　） ・帰りの荷物は宅配便を使用しますか？ 1．はい　2．はい«往復申し込み済み»　3.いいえ ※往復以外の帰りの宅配便は着払い扱いになります。

※こちらの書類は、ツアー出発日にお預かり後、ご返却はいたしません。

※ツアー終了後は、引率担当クラブもしくはご所属クラブにて3か月間保管後、破棄させていただきます。

※当社の個人情報取り扱いに関する方針につきましては、

当社の店頭又はホームページ（http://www.central.co.jp）でご確認ください。