

## 水泳教室参加者の健康に関する資料 秘

本資料は水泳教室に参加中、万一の際に速やかに医師の診察を受けるときの処置、診断の基礎資料となるものです。記載内容を他にもらすことはございませんので、下記内容をご記入いただきますようお願い申し上げます。

氏 名	フリガナ	※ 記入不要
血液型（いずれかに○）／A・B・O・AB・不明 RH + ・ - ・ 不明		

教室参加者について下記の質問にお答えください。

**(1) 該当する場合のみ、項目を○で囲み詳細をご記入ください（複数回答可）**

- ① 出生時の大きな異常 (内容: )
- ② 過去に長期入院や大きな手術の経験 ( \_\_\_歳時 病名等: )
- ③ 過去の健康診断における異常所見 ( \_\_\_歳時 所見: )
- ④ 次のうち、現在又は過去の発症または診断、治療歴
  - a. てんかん ( \_\_\_歳時: 治癒・治療中 )
  - b. 熱性けいれん ( \_\_\_歳時: 治癒・治療中 )
  - c. 喘息 ( \_\_\_歳時: 治癒・治療中 )
  - d. 慢性気管支炎 ( \_\_\_歳時: 治癒・治療中 )
  - e. アトピー性皮膚炎 ( \_\_\_歳時: 治癒・治療中 )
  - f. 薬物等アレルギー ( \_\_\_歳時 反応薬等: )  
(症状: )
  - g. 食品アレルギー ( \_\_\_歳時 反応源等: )  
(症状: )
- ⑤ 現在影響がある上記以外の特筆すべき症状等
  - (症状: 処置法: )
  - (症状: 処置法: )
- かかりつけの医療機関はありますか (病院等: )

**(2) 現在の状態について、該当項目を○で囲み詳細をご記入ください（複数回答可）**

- ① 健康と考える
- ② 年に数回経過観察診断を受診している (詳細: )
- ③ 日常継続して薬品を服用している (薬品名: )  
※薬品は参加時に忘れずに持参させてください
- ④ 定期的に治療のため医療機関に通院している (詳細: )
- ⑤ 医師により運動の一部を制限されている (詳細: )
- ⑥ 年1回程度以上の発作症候が見られる (詳細: )
- ⑦ 学校生活又は日常生活に一部支障がある  
(詳細: )
- ⑧ 通学、通園に一部支障がある  
(詳細: )

**(3) 伝染性疾患等のり患の経験等について、該当項目を○で囲みお答えください**

- ① はしか (a. 過去にかかっている b. まだかかっていない c. 予防接種済)
- ② ふうしん (a. 過去にかかっている b. まだかかっていない c. 予防接種済)
- ③ 水ぼうそう (a. 過去にかかっている b. まだかかっていない c. 予防接種済)
- ④ おたふく風邪 (a. 過去にかかっている b. まだかかっていない c. 予防接種済)
- ⑤ 破傷風 (a. 過去に予防接種済 b. 予防接種していない)