

# 第17回日本スカウトジャンボリー健康調査書・個人情報保護に関する同意書

ボーイスカウトのメンバーは:加盟登録番号				記入日	平成30年 月 日	
フリガナ		所属	連盟(支部) 第 団	生年月日(西暦)	性別(○をつける)	
氏名				年 月 日	男 : 女	
住所	〒			保護者の確認(未成年)	私は医療行為に伴い生ずる個人情報を同行の指導者へ伝えることに同意します  (保護者の署名)	
参加区分	参加隊	スタッフ		緊急連絡先	氏名:	
	1. スカウト(SC名 )	1. 派遣団本部スタッフ (SC名 )			参加者との続柄( )	
	2. 隊指導者(SC名 )	2. 大会運営スタッフ( 部)		携帯電話番号: - -		

身長	cm	体重	kg	コンタクトレンズの使用	有 : 無
----	----	----	----	-------------	-------

I. この1か月の健康状態(該当項目の番号を○で囲み、\_\_\_部分には所要事項を記入する)

- 健康である
- 病気をしたが(学校、仕事を)休むほどではなかった
- 病気のため休んだことがある 病名 \_\_\_\_\_ いつ頃 \_\_\_\_\_ 日数 \_\_\_\_\_ 日

II. 既往歴 ある・ない (ある場合⇒現在も治療中かを含め詳しく記入してください)

[ \_\_\_\_\_ ]

III. 1. 該当する症状(□にチェックしてください)

① <input type="checkbox"/> 便秘をしやすい	② <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい	③ <input type="checkbox"/> 胃痛や腹痛をおこしやすい
④ <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい	⑤ <input type="checkbox"/> 熱がでやすい	⑥ <input type="checkbox"/> 扁桃腺が腫れやすい
⑦ <input type="checkbox"/> 目が充血しやすい	⑧ <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい	⑨ <input type="checkbox"/> 出血すると止まりにくい
⑩ <input type="checkbox"/> 疲れやすい	⑪ <input type="checkbox"/> めまいをおこしやすい	⑫ <input type="checkbox"/> ときどき頭痛がする
⑬ <input type="checkbox"/> 皮膚が弱い(太陽・虫・他)	⑭ <input type="checkbox"/> 喘息発作をおこすことがある	

2. 該当項目を○で囲み、所要事項を記入してください

① 薬品アレルギー ある ない ※消導薬(ヨード剤, アルコール, プール消毒槽など)による, 発赤, 皮膚炎等の既往のある方は記載してください。

発症薬品名 [ \_\_\_\_\_ ]

症状 [ \_\_\_\_\_ ]

② その他のアレルギー(食べ物・花粉等) ある ない

発症原因 [ \_\_\_\_\_ ]

症状 [ \_\_\_\_\_ ]

③ 常時服用している薬 ある ない ※服用中の薬がある場合は処方箋や薬局でもらう薬剤情報の紙を持参してください。

病名 [ \_\_\_\_\_ ]

薬品名 [ \_\_\_\_\_ ]

IV. その他、生活・身体上のことで留意することがありましたらお書きください。

[ \_\_\_\_\_ ]

V. 緊急時には管理責任者の判断により、医療機関へ搬送します。治療を受けるにあたり、信仰や信条等に関連して医療機関に希望することがあればお書きください。

[ \_\_\_\_\_ ]

VI. 予防注射について(○で囲んでください)

① 麻疹の罹患歴	あり / なし	ワクチン歴 :	なし	1回	2回
② 風疹の罹患歴	あり / なし	ワクチン歴 :	なし	1回	2回
③ 日本脳炎の罹患歴	あり / なし	ワクチン歴 :	なし	1回・2回	3回 4回

- ※ ① スカウトはこの調査書を派遣隊長へ提出し、各隊にて保管し、大会終了後はスカウトへ返却または裁断してください。(本部スタッフは各自で保管してください)
- ※ ② 健康保険証またはコピー(両面)をご持参ください。エキスカーション時は必ず携帯してください。
- ※ ③ 健康状態に不安のある場合は、予め医師の診断を受け、参加できることを確認してください。
- ※ ④ 未成年のスカウト・参加者への治療を外部で行う際には保護者の確認が必要となりますので、必ず右上の確認欄に署名してください。
- ※ ⑤ 記入された個人情報について、個人を特定できないように加工した状態で、大会における健康・傷病統計に利用する可能性があることをご承知おきください。

派遣隊長確認 : 平成30年 月 日 (署名) \_\_\_\_\_