



スキーキャンプ問診票

記入日：2025年 月 日 ()

フリガナ		才 (20 年 月 日生)
氏名		性別 男 ・ 女
住所	〒 —	血液型 A ・ B ・ O ・ AB ・ 不明
緊急連絡先 1	氏名 続柄： 電話 — —	
緊急連絡先 2	氏名 続柄： 電話 — —	

	チェック
本人は健康であり、このプログラム参加にあたり支障無しと認め、申し込みます。	
ASCスクールのSNSやホームページ等で顔の映った写真・映像の使用を許可します。	

※顔の映る写真・映像の使用許可をいただけない場合には、モザイクなどの加工をして使用させていただきます。

健康状態について。

当日の体温	℃
アレルギー体質ですか？	はい / いいえ <small>はいと答えた方に伺います。 摂取してはいけない食品や薬品、注意の必要な日用品(洗剤など)や、環境などを詳しく教えてください。</small>
本人の体質にあてはまるものがあれば○をしてください。	風邪をひきやすい / お腹を壊しやすい / 熱を出しやすい / 扁桃腺が腫れやすい / 貧血を起こしやすい / 鼻血が出やすい / 歯痛を起こしやすい / 便秘しやすい / アレルギー性鼻炎を患っている / 乗り物酔いしやすい / 喘息を患っている / 夜尿症がある / 寝付きが悪い / その他 ()
既往疾患についてあてはまるものに○をしてください。	熱性けいれん・てんかん (最終発作 年 月) / 心疾患 / 腎臓病 / 糖尿病 / 虫垂炎・盲腸炎 / その他 ()
既往感染症、予防接種歴について、あてはまるものに○をしてください。	○ コロナ かかった / 予防接種した (年 月) ○ インフルエンザ かかった / 予防接種した (年 月) ○ はしか かかった / 予防接種した (年 月) ○ 水ぼうそう かかった / 予防接種した (年 月) ○ おたふく風邪 かかった / 予防接種した (年 月) ○ 風疹 かかった / 予防接種した (年 月)
本人の普段の生活についてお伺いします。	■平常時の体温 ℃ ■安静時脈拍数 /分 ■起床時間 時 分 ■就寝時間 時 分 ■平均便通回数 回 (朝 / 昼 / 夜) ■苦手な食べ物 ない / ある ()
身長・体重 cm kg	その他、健康上の留意点 <small>*心身の障がいなど、スタッフにあらかじめ伝えておきたい事がありましたらご記入ください。</small>
常備薬	

お子様のことで伝えておきたいことのある方はご記入ください。
