2016 FC岐阜U-15セレクション　健康調査表

フリガナ					カテゴリー	U-15
氏名						
生年月日	西暦　　年　　月　　日	血液型	型	RH　＋・－	平熱	℃
住所	〒　　－					

下記調査項目「無・有」の欄で、当てはまるほうに「○」をつけてください。

① 現在の健康状態についてご記入ください。「有」の方は詳しくご記入願います。

受診科	異常	病名	
内科	無　・　有		
外科	無　・　有		
耳鼻咽喉科	無　・　有		
眼科	無　・　有		
歯科	無　・　有		
その他	無　・　有		

② 次の事項で「有」の方は詳しくご記入願います。

項目	状態	病名 ／ 詳細		
持病	無　・　有		通院	
既往歴	無　・　有			
アレルギー	無　・　有			
食事制限	無　・　有			
持参薬	無　・　有			

③ 掛かりつけまたは通院の病院があればご記入願います。

病院名	受診科	通院	住所	電話番号
		無　・　有	〒	－　　－
		無　・　有	〒	－　　－

〈個人情報取り扱いに関する同意書〉

①当クラブは個人情報に関する法令を遵守し、また頂いた情報は厳正に管理・保管いたします。

②皆様から頂いた情報は、当クラブ運営とそれに準ずる活動にのみ使用いたします。

○左記の内容に同意する場合はご署名をお願いします。

保護者氏名

印