

2020年度 FC岐阜U-18セレクション 健康調査票

フリガナ					カテゴリー	FC岐阜U-18	
氏名							
生年月日	西暦	年	月	日	血液型	型	R H + -
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