

健康調査書

つばさサッカークラブ

記入日：西暦 年 月 日

氏名		生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)
住所	電話 ()		男 ・ 女
保護者氏名		健康保険証	有 ・ 無
緊急連絡先	()	血液型	型
下記項目の該当 なし ・ あり に○をつけてください。 ありに○をした方は余白に具体的な病名・症状をご記入ください。			
心臓の病気	なし ・ あり		
腎臓の病気	なし ・ あり		
呼吸器の病気(ぜんそく等)	なし ・ あり		
アレルギー	なし ・ あり		
視力・聴力の異常(メガネ等)	なし ・ あり		
手足の関節等異常	なし ・ あり		
過去に大きな病気にかかった ことがありますか	なし ・ あり		
現在治療中の病気が ありますか	なし ・ あり		
【その他】 医師の診断を受けた疾患等がある場合や、健康上気になることがあればご記入ください。			
保護者氏名 印			