

健康チェックカード

下記の「個人情報の取り扱いについて」に同意いただけましたら、ご署名をお願いいたします。

個人情報の取り扱いについて

- 1 事業者の名称: 公益財団法人横浜市スポーツ協会
2 ご記入いただいた個人情報は、当該事業に参加いただく方の薬服用や食物アレルギーの有無など、健康状態を把握するために利用します。
3 ご記入いただいた個人情報について、緊急の場合の医師や看護師及び保険会社への情報提供を除いては、第三者に提供することはありません。
4 個人情報の取り扱いについて、委託することはありません。
5 当協会が保有する個人情報の利用目的の通知・開示・内容の訂正・追加または削除・利用の停止・消去および第三者への提供の停止に応じる窓口は、7の問い合わせ先と同じです。
6 必要事項をご記入いただけない場合、当事業にご参加できない場合があります。
7 個人情報取り扱いに関する苦情・相談等の問合せ先
■個人情報保護管理責任者 当協会事務局長、
■お問い合わせ窓口 総務部総務課 電話 045-640-0011 FAX 045-640-0021

令和 年 月 日 ご署名

ふりがな 参加者氏名		性 別：男・女	年齢 歳
		生年月日：昭和・平成・令和	年 月 日
住所(自宅)	〒 電話 ()		
保 護 者 連 絡 先	昼間：自宅・会社・その他 夜間：自宅・会社・その他	自宅以外の方の連絡先 名称： 電話： ()	
緊急連絡先 (必ずご記入ください)	ふりがな 氏名： 参加者との続柄： 電話： ()		

平 熱	度	今朝の体温	度	血液型	A・B・O・AB 十ー
今朝便通はありましたか		はい (平常・ゲリ) ・ いいえ			
食欲はありましたか		夕食 (はい・いいえ)、朝食 (はい・いいえ)			
睡眠時間は どのくらいですか		就寝時間 時 分頃 ～ 起床時間 時 分 睡眠時間 時間 (よく寝た・ふつう・ねむい)			
体の調子はどうですか		ケガや病気をしていませんか (している・していない) している場合 (部位・病名など)：			
現在、薬を飲んでいる人 または常備薬としてキャン プに持っていく人はそ の薬を教えてください。		薬の名前： 何の薬ですか (疾病名など)： 投薬時間は： 朝・昼・夜：食前・食間・食後 その他 () 投薬方法は：			
保護者の方からスタッフ に伝えておきたいこと (ア レルギー等) がありました らご記入ください。					