

健康チェックシート

ふりがな 参加者氏名				記入日	年 月 日
身長	cm	体重	kg	血液型	型
平熱	℃	食事所要時間	分	乗り物酔い	有・無
食 事	好き・嫌いで食べられないもの				
	体に支障を来たす食べ物 (食品アレルギー等)				
病 歴	現在治療中の病名と治療内容を 記入してください。				
	過去にかかった病気があれば病 名とかかった時期を記入してく ださい。				
	アナフィラキシーショック（ハ チ毒、食物、薬物、天然ゴム等 による原因で起こる、急性アレ ルギー反応）についてお伺いし ます。			アレルギー反応 の有無	有・無
			「ある」とお 答えの方、そ れは何による ものですか		
服 薬	現在使用している薬があれば、 薬名・病名・自分で飲めるか否 か・具体的な使い方を（スタッ フに分かるように）記入してく ださい。				
健康面・精神面・生活面、その 他で心配されること・希望され ることなどがあれば記入してく ださい。					

※この資料は指導上の参考にするものです。外部に公開されることはありませんので正確にご記入ください。