保険調査票

隊　名				
隊長印				
保護者印				

(ふりがな)		男・女	血液型	Rh	脈拍	平熱
氏　名		昭和・平成 年　月　日生				
登録番号		保険証	種　類	記　号	番　号	
保護者 氏　名			保険者(組合員)番号			
住　所		緊　急 連絡先	勤務先(　　)　－ 携　帯(　　)　－ 親　族(　　)　－			
	電話(　　)　－					

健康状況	該当事項に○をしてください		年	年	年	年	既往症
	1 よく頭痛がする						該当番号に○、若しくは病名を記入して下さい
	2 かぜをひきやすい						
	3 胃痛・腹痛をおこしやすい						
	4 立ちくらみ・めまいをおこしやすい						1 心臓疾患　(　)才
	5 少し動くと動悸・息ぎれがする						2 結核性疾患(　)才
	6 脈がみだれることがある						3 腎臓疾患　(　)才
	7 朝起きにくく、午前中調子がわるい						4 肝臓疾患　(　)才
	8 よく、いらいらする						5 ぜんそく　(　)才
	9 よく、ねむれない						6 ﾘｭｳﾏﾁ 熱　(　)才
	10 鼻血がでやすい						7 目耳鼻皮疾患(　)才
	11 視力異常について	近　視					8 間接炎　(　)才
		乱　視					9 小児マヒ　(　)才
		遠　視					10 事故障害　(　)才
		コンタクト					11 手術歴　(　)才
		メ　ガ　ネ					病名
	12 アレルギーをおこしやすい(食物・薬物)						12 その他　(　)才
	13 体育・水泳・ﾏﾗｿﾝ・その他激しい運動に参加困難である						病名
	14 現在かかっている病気・障害等がある						
	15 その他異常がある						

備考欄			
	応　急　手　当　を　す　る　と　き		
	医師の選択　(緊急時は救急隊員・救命救急センター等の指示に従います) 1．団に一任する　　2．下記の主治医を希望する		
	内　科	医　院	電話(　　)　－
	外　科	医　院	電話(　　)　－