

# CPサッカーチーム「P.C.F.A. SALTAR」

## 健康調査書

記入年月日 年 月 日

氏名		性別 男・女	生年月日	年 月 日 歳(H28.4.1現在)
住所				
TEL		緊急	TEL	
FAX		連絡先	氏名	
普段の体温	度	血液型	型 (Rh +・-)	
障がい名	*身体障害者手帳及び療育手帳に記載されている障がい名をご記入下さい。			
保護者氏名				
常時服用している薬とその内容				
過去1ヶ月間に服用した薬 サプリメントとその内容				
アレルギー	食べ物 なし・あり( ) 薬 なし・あり( ) その他 なし・あり( )			
持病とその対処法				

以上の内容に相違ありません。 本人署名 \_\_\_\_\_

