

選手健康カード

(未成年者用)

※このカードの内容は当協会主催の合宿、大会等の緊急時対応のみに使用いたします。

ふりがな (名前)	生年月日	年 月 日 才 男・女	血液型	
住所 〒 -	自宅 TEL: - - FAX: - -			
健康保険証(種類)	(記号)	(番号)		
発行機関(保険番号)	(名称)			
①緊急連絡先 (本人との関係:) 氏名:	携帯電話(SNS) - - LINE ID :			
②緊急連絡先 (本人との関係:) 氏名:	携帯電話(SNS) - - LINE ID :			
顧問先生 氏名:	携帯電話(SNS) - - LINE ID :			
所属(学校名)	(所属・学校連絡先) 電話 - -			
病院名	(連絡先) 電話 - -			
(持病名及び年齢)				
(現在の状況)				
①食物アレルギー	なし ・ あり	(食品名:)		
②薬の副作用	なし ・ あり	(薬品名:)		
③注射の副作用	なし ・ あり	()		
④皮膚の症状	なし ・ あり	()		
④花粉症	なし ・ あり	()		
⑤その他	なし ・ あり	()		
服用している薬品名				
症 状				

※①緊急連絡先が繋がらない場合のために、②緊急連絡先にも記載をお願い致します。

※年間1回のみ、ご提出ください。