様式1　選手健康カード（2024年度）

選手健康カード

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一般社団法人日本デフ陸上競技協会 | | | | | | | | | | | | |  |
| ※このカードの内容は当協会主催の遠征、合宿等の緊急時対応のみに使用いたします | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | 生年  月日 | | 年　　　月　　　日生　　（　　　　）才 | | | | | 血液型 |  |  |
| （種類） | | | （記号） | | | | | | （番号） | | | |  |
| 発行機関（保険者番号） | | | | | | | | | | （名称） | | |  |
| 保護者氏名 | | | | | | | | | | （緊急連絡先） | | |  |
| 顧問・監督氏名 | | | | | | | | | | （緊急連絡先） | | |  |
| 所属（学校名） | | | | | | | | | | （所属・学校連絡先） | | |  |
| 病院名 | | | | | | | | | | （連絡先） | | |  |
|  |
| （病名及び年齢）    （現在の状況） | | | | | | | | | | | | |  |
| �食物アレルギー | | なし・ | | | あり | | | （食品名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |  |
| �薬の副作用 | | なし・ | | | あり | | | （薬品名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |  |
| �注射の副作用 | | なし・ | | | あり | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |  |
| �皮膚の症状 | | なし・ | | | あり | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |  |
| �花粉症 | | なし・ | | | あり | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |  |
| �その他 | | なし・ | | | あり | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |  |
| 薬品名 |  | | | | | |  | | | | | |  |
| 症　状 |  | | | | | |  | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**強化合宿に初参加される方は提出が必要になります。**

**※（年間を通して1回のみご提出ください。）**