**「少年少女ふれあいの翼」**

**健　康　調　査　書**

令和４年度友好都市交流事業「枚方市少年少女ふれあいの翼」は、1泊2日の日程で行いますので、万全を期すために参加者の健康状態を調査させていただきます。

この調査は、本市が参加者の健康状態について、あらかじめ把握をしておくものであり、この情報を他の目的に使用することはありません。なお、場合により医師の診断を求めることがありますのであらかじめご了承ください。

参加者氏名　　　　　　　　　　　（血液型　　　　）

生年月日　　　　　　　年　　月　　日（満　　　才）

1. 現在、通院されていますか。  
   （ア） している（病名　 ）  
   （イ） していない
2. 最近、病気をされたことがありますか。  
   （ア） ある（病名・治療期間 ）  
   （イ） ない
3. 持病はありますか。

（ア）ある（具体的に記入してください）

（イ）ない

4．食品のアレルギーがある場合は食品名を具体的にご記入ください。

＊その他、特に注意を要する事項があればご記入ください

記入年月日　令和４年　　月　　日

上記内容に、相違ありません

保護者（申込者）氏名