

アレルギーおよび健康状態確認フォーム



お子様の健康状態に関する重要な情報を提供いただくためのフォームです。プログラム中に適切なサポートを提供するために、正確に記入してください。

参加者情報

参加者氏名：

フリガナ：

生年月日

年

月

日

〒

—

住所

電話番号

()
()

緊急連絡先

緊急連絡先氏名：

フリガナ：

続柄

電話番号

()
()

メールアドレス

緊急連絡先

緊急連絡先氏名：

フリガナ：

続柄

電話番号

()
()

メールアドレス

アレルギー情報

お子様にアレルギーがありますか？

(はい/いいえ)

アレルギーがある場合、以下の詳細を記入してください。

アレルゲンの種類（食品、薬物、環境など）：

具体的なアレルゲン名：

アレルギー反応の詳細（症状など）：

アレルギー発作時の対応方法：

健康状態

お子様に現在治療中の病気がありますか？

(はい/いいえ)

治療中の病気がある場合、以下の詳細を記入してください。

病名：

現在の治療内容：

服用中の薬：

特別なケアや注意が必要な場合の詳細：

同意および承認



以下の内容をご確認いただき、すべての条件に同意することを確認した上で、署名をお願いいたします。署名をもって、以下の事項に同意したものと見なします。

1. 提供したすべての情報が正確であること。
2. プログラム中にお子様の健康と安全を確保するために、提供された情報が使用されること。
3. 緊急時には、当社が迅速に対応し、必要に応じて医療機関や緊急連絡先と連携すること。
4. 重大な健康状態の変化があった場合、速やかに当社およびホストファミリーに報告すること。
5. 緊急時には、保護者に連絡を取るために、緊急連絡先が利用されること。

保護者または法定代理人の名称（印刷）: _____

署名: _____

日付: _____