

2020年度 スプリングキャンプ 個人調査票

個人調査票は、キャンプを楽しく安全に過ごすために、指導者が事前に確認する資料となります。個人情報に関しては、千葉市少年自然の家が厳重に管理を行います。

- ・ 個人調査票(P1-3)は、千葉市少年自然の家までご提出ください。 [締め切り：3月8日(月)]
- ・ 出発日調査票(P5)はキャンプ当日ご持参ください。

ふりがな			性 別	男 ・ 女	歳
参加者名			生年月日	平成	年 月 日
学校名	千葉市立	小学校	学 年	6 年生	
身 長	cm		平常体温	℃	
体 重	kg		血液型	型	
主催事業 参加経験 <small>(参加経験があるものに ○をつけてください)</small>	ファミリーキャンプ ・ マンスリーウィークエンド ・ 星空キャンプ ファミリーキャンプ ・ つながるサマーキャンプ ・ キャンパー'sキャンプ グローバルキャンプ (2018年度 ・ 2019年度 ・ 2020年度) ウィンターキャンプ (2018年度 ・ 2019年度 ・ 2020年度)				

A. お子さまはアレルギー体質ですか？『はい・いいえ』（該当するものに○印をつけてください）

はいと答えた方は、アレルギーの原因をご記入ください。

- 食 事 : たまご ・ 魚 ・ その他 ()
- 薬 : ピリン系 ・ サルファ系 ・ 抗生物質 ・ その他指定薬品等 ()
- 環境変化・その他 : ()

B. お子様の体質は？（該当するものに○印をつけてください）

風邪をひきやすい・お腹をこわしやすい・熱をだしやすい・扁桃腺がはれやすい・かぶれやすい
 じんましんができやすい・頭が痛くなりやすい・体がただれやすい・傷口がうみやすい
 おできができやすい・疲れやすい・貧血をおこしやすい・鼻血がでやすい・便秘をしやすい
 歯痛をおこしやすい・アレルギー性鼻炎である・乗り物に酔いやすい・自家中毒をおこしやすい
 喘息ぎみである・夜尿症である・場所が変わると眠れない
 その他 ()

- 便通 . . . 朝型・昼型・夜型 (回 / 1日)
- 夜のトイレの必要性 . . . ある ・ なし (時頃)
- 睡眠 . . . 起床 (: 頃) 就寝 (: 頃) 平均睡眠時間 (時間)

H.健康保険証のコピーの提出について

個人調査票提出の際に、健康保険証のコピー（コピーは表裏面とも必要）を同封ください。
 ※メール提出の場合は、別途添付ファイル、もしくはキャンプ当日持参でも可

I. お子様の写真添付について

参加されるお子様の写真を添付ください。（縦横2.5cm～4cm）
 3ヶ月以内に撮影したものをお願いします。証明写真でなく、
 デジタルプリントのものでも構いません。
 ※写真の裏面にお名前をご記入ください。



J. 緊急時連絡先の記入について

キャンプ期間中の緊急先をご記入ください。なお、キャンプ参加前に最終確認の電話をいたしますが、ご自宅に連絡がつかない場合、下記連絡先にご連絡させて頂く場合がございます。

1. 緊急時保護者連絡先（ご自宅）

緊急時連絡先			
連絡先氏名		本人との 間柄	
住 所	〒		
電 話 番 号		携帯電話	

2. 自宅以外の緊急連絡先

ご自宅以外の緊急連絡先を下記表にご記入ください。ご自宅に連絡がつかない場合は下記の連絡先にお電話いたします。

※ 保護者の携帯番号や勤務先、祖父母宅など確実に連絡がとれる順にご記入をお願いいたします。

連絡 順位	氏名	続柄	緊急連絡先名	電話番号
記入 例	千葉太郎	父	○◇会社	045-123-4567
1				
2				
3				

K. 提出書類の管理について

千葉県少年自然の家は、皆様の個人情報の重要性を認識し大切に扱います。また、キャンプ体験がお子様の成長の糧となるよう以下に記載いたします内容に基づき細心の注意を払って厳重に管理を行います。

1. 提出書類の取り扱い

提出書類の内容は、法的機関等からの要請があった場合を除き、外部への転用はしません。千葉県少年自然の家が責任を持って管理いたします。

2. 提出書類の使用目的

- ① キャンプ個人調査票（保険証コピー・写真添付） ■項目 A～J に該当
 - ⇒ キャンプ事前準備・・・アレルギー確認、生活習慣確認、依頼確認等
 - ⇒ 医療機関受診時の保険受診
 - ⇒ 緊急時の連絡先の確認
- ② 出発日調査票
 - ⇒ 出発直前の健康確認、最終依頼確認

3. 終了後の個人調査票及び出発日調査票について

ご提出いただきました個人調査票及び出発日調査票は、キャンプ後に責任を持って破棄いたします。

参加者名	
------	--

スプリングキャンプ 出発日調査票

本紙は、キャンプに参加するお子様の、**キャンプ3日前**からの健康状態等を確認するものです。

ご記入の上、出発当日、担当スタッフにお渡しください。

※キャンプ開始数日前よりご体調に不安がある場合は、必ずキャンプ担当者までご相談をお願いいたします。

指導者への依頼事項（ご遠慮なくお書きください。）

--

持参の薬はありますか？（ない・ある）

* ある方はキャンプ当日、スタッフへお申し出ください。

出発前の健康チェック

月 日	体温（朝食前）	食欲	睡眠	体調	備考
3/19（金）	度 分	良好・少ない	時間	良好・元気なし	
3/20（土）	度 分	良好・少ない	時間	良好・元気なし	
3/21（日）	度 分	良好・少ない	時間	良好・元気なし	
3/22（月）	度 分	良好・少ない	時間	良好・元気なし	

前泊地・後泊地の確認（○をつけてください。その他の場合は場所をご記入ください。）

前泊地 : 自宅 ・ その他（ ）

後泊地 : 自宅 ・ その他（ ）

ご署名をお願いいたします。

上記の通り、健康上スプリングキャンプの参加に支障ないと判断しますので参加します。

参加者本人氏名 _____

年 月 日

保護者署名 _____

印 _____

※ご提出いただいた調査票に緊急連絡先と変更のある場合はご記入ください。

緊急連絡先（変更の方のみ）

連絡先氏名		本人との 間柄	
住 所		電話番号	