

2020年度NLFメンバー調査書

記入日 年 月 日

基本情報	ふりがな		生年月日	(西暦)	年 月 日
	氏名		学校・学年		
	住所	〒			
	上記の者のNLFへの参加に同意します。			保護者氏名	
連絡方法	電話①	【連絡先】	fax	【連絡先 自宅】	
	電話②	【連絡先】	メール①		
	その他	【連絡先】	メール②		
健康に ついて い て	現在かかっている疾患等 なし・あり→下欄にご記入ください				
	病名	状況	医薬品の種類・用法、生活上の注意など		
		治療中・経過観察中			
	既往症など(かかったことのあるものに○、予防接種を受けているものに△をつけてください)				
	みずぼうそう はしか おたふくかぜ 風疹 その他()				
	アレルギー反応 なし・あり→下欄にご記入ください				
	アレルギー	除去のレベル	発症した時の症状及び処置		
	アナフィラキシーショック症状 なし・あり →ショックの誘因()				
	平熱		血液型		
その他健康面での注意事項等					
健康保険証情報(NLFに起因しない傷病等の時に保護者の了解を得て使用することがあります)					
記号・番号	記号	番号	被保険者氏名		
保険者名				保険者番号	
支援上の留意点等	趣味・特技・性格等				
	本人のNLFに対する希望		保護者のNLFに対する希望		
その他ご自由にご記入ください					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 最近の写真を貼ってください </div>					