健 康 状 態 調 査 票

次長	主任企画 指導専門職	事業推進 係長	事業推進係

団 体 名		代表者名	
利用期間		利用者数	
保健担当者	氏名	該当する者に〇印をつけてください。 養護教諭・看護師・教諭・その他	
救急薬品の持参　　有　　無			

入所前の健康診断の実施
(1)有　（ 全員 ・ 一部 ）
(2)無

入所時の健康状態
(1)異常なし
(2)異常あり(団体で特に留意している者)

氏　　名	症　　状