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	該当する者を選択してください。 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

□ 有　（ 全員 ・ 一部 ）

□ 無

入所時の健康状態

□ 異常なし

□ 異常あり（団体で特に留意している者）

氏　　名	症　　状