

安全管理に関する事前アンケート

記入日: _____ 年 ____ 月 ____ 日

この書類は、参加者が身体的に無理なく、且つ、安心してプログラムに参加できるようにするためのものです。以下に回答のうえ、開始前にご提出ください。

- 所属: _____ ■ 氏名(ふりがな): _____
■ 生年月日: 西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日 ■ 性別: 男・女
■ 血液型: _____ 型 RH+ ・ RH-
■ 住所: _____
■ 電話番号: _____ ■ e-mail _____ @ _____
■ 緊急連絡先 氏名: _____ 関係 _____
■ 緊急連絡先 電話番号: _____

1、あなたが、今回のプログラムで期待していることは何ですか？

2、あなたが、今回のプログラムに関して不安に思っていることは何ですか？

3、武道、アウトドア活動等に関して、訓練を受けたご経験はありますか？
(内容)

3、健康状態について

- 現在、治療中の病気や怪我はありますか？
 なし
 あり (内容 _____)
- 現在、生活面や運動に関する制限はありますか？
 なし
 あり (内容 _____)
- 食物等若しくは虫や蜂などに刺されたことによるアレルギーがありますか？
 なし
 あり (内容 _____)
- 常用している薬はありますか？
 なし
 あり (内容 _____)

■ 体質面で、以下に当てはまるようなものがあれば、チェックして内容を記入ください。

- 脳梗塞など、脳の障害が出たことがある
- 心筋梗塞など、心臓の障害が出たことがある
- 重度の熱中症や低体温症になった経験がある
- 喘息の発作が出ることもある
- てんかんの症状が出ることもある
- 過呼吸になったことがある
- 出血が止まりにくい、貧血を起こしやすい、もしくは傷が化膿しやすい
- 肝炎等の感染症がある
- 捻挫や関節症、脱臼癖、ぎっくり腰を起こしやすい

■ 過去 5 年間で、運動や生活が制限される病気・怪我をしたことがありますか？

- 患部: _____ / 年月 : _____
- 患部: _____ / 年月 : _____
- 患部: _____ / 年月 : _____
- 患部: _____ / 年月 : _____

■ その他 不安な点や健康上の問題があればご記入ください

※これらの情報は主催者で管理し、外部への公開および他の研修参加者にも公開しません。尚、終了後破棄します。