

ポルベニルカシハラ 選手 パーソナル・カード

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日生 () 才
氏名			学校名	() 年生
住所	〒 -		自宅 電話	() -
緊急連絡先	氏名	参加者 との関係	携帯 電話	() -
過去における 病気		現在疾患・ 病気		
血液型	A・B・AB・O・Rh (+)	平常体温		℃
健康状態				
<p>※該当する事柄をチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>扁桃腺が腫れやすい <input type="checkbox"/>風邪をひきやすい <input type="checkbox"/>疲れやすい <input type="checkbox"/>腹痛をおこしやすい</p> <p><input type="checkbox"/>頭痛をおこしやすい <input type="checkbox"/>鼻血がよく出る <input type="checkbox"/>乗物酔いをしやすい <input type="checkbox"/>便秘になりやすい</p> <p><input type="checkbox"/>夜尿症の傾向がある <input type="checkbox"/>熱を出しやすい <input type="checkbox"/>喘息である <input type="checkbox"/>アレルギー性鼻炎である</p> <p>お様はアレルギー体質ですか。 <u>はい</u> ・ <u>いいえ</u></p> <p>「はい」と答えた方は次の質問にお答え下さい。</p> <p>食事で(卵、魚、その他 _____) 薬で(ピリン系、その他 _____) 環境変化(寒暖、日光、その他 _____)</p> <p>その他 (_____)</p>				
生活面・性格面について				
<p><input type="checkbox"/>睡眠は1日平均 時間 <input type="checkbox"/>着替えはひとりで(できる・できない) <input type="checkbox"/>寝つき(よい・わるい)・</p> <p><input type="checkbox"/>夜中に起きてトイレに行く(はい 時頃・いいえ) <input type="checkbox"/>知らない子とすぐ仲良くなれますか(はい・いいえ)</p> <p><input type="checkbox"/>集団の中で進んで発言する方ですか(はい・いいえ) <input type="checkbox"/>のんきな性格とと思いますか(はい・いいえ)</p> <p><input type="checkbox"/>物事に注意深い方ですか(はい・いいえ) <input type="checkbox"/>ちょっとした事を気にする方ですか(はい・いいえ)</p> <p><input type="checkbox"/>自分で出来ることでも親に頼りますか(はい・いいえ) <input type="checkbox"/>自分から何でもやってみる方ですか(はい・いいえ)</p> <p><input type="checkbox"/>負けず嫌いですか(はい・いいえ) <input type="checkbox"/>食べ物の好き嫌い有・無(食べられないもの _____)</p> <p><input type="checkbox"/>普段の食事の量(多い・普通・少ない)</p>				
<p>その他注意することがあれば記入して下さい。</p>				