

**受付時提出**

健康チェックシート					
プログラム名					
名前		男・女	学年	年齢	才
身長		体重			
服用中の薬					
薬の服用方法					
日程	日付	便通	睡眠時間	体温	健康面で気になること
5日前	月 日	有 ・ 無	時間	°C	
4日前	月 日	有 ・ 無	時間	°C	
3日前	月 日	有 ・ 無	時間	°C	
2日前	月 日	有 ・ 無	時間	°C	
前日	月 日	有 ・ 無	時間	°C	
キャンプ 1日目	月 日	有 ・ 無	時間	°C	
キャンプ 2日目	月 日	有 ・ 無	時間	°C	
備考					

**スタッフ記入欄**

体温チェックしました  スタッフ名：