

# キャンプ当日、受付にてお渡しください

## 2026年8月5日(水)～8日(土)あいかわ4DAYSキャンプ 健康チェックシート

参加NO. \_\_\_\_\_ 名前 \_\_\_\_\_ 男・女 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 平熱 \_\_\_\_\_ 度

月日	体温 (朝)	体温 (夕)	睡眠時間	食欲 (ある：○・少ない：△・ない：×)			排便 (1日)	体のことで気になることがあれば書いてください。
				朝	昼	夜		
7月31日	℃	℃	時 分～ 時 分				ふつう やわらかい げり _____回	
8月1日	℃	℃	時 分～ 時 分				ふつう やわらかい げり _____回	
8月2日	℃	℃	時 分～ 時 分				ふつう やわらかい げり _____回	
8月3日	℃	℃	時 分～ 時 分				ふつう やわらかい げり _____回	
8月4日	℃	℃	時 分～ 時 分				ふつう やわらかい げり _____回	
当日 8月5日	℃		時 分～ 時 分				ふつう やわらかい げり _____回	

イベント当日から起算して5日前より、参加される方全員の検温をお願いします。できるだけ入浴、食事の前に検温してください。

**7月31日(金)以降に発熱等、体調が悪い時は参加をご遠慮ください。**

※医療機関の了承が得られる場合、参加は可能です。

体調など気になることがある場合や参加予定者及び同居中のご家族に発熱や体調不良者が出た場合は、愛川ふれあいの村（046-281-1611）までご連絡ください。

### ■持参薬・常備薬について

持参薬・常備薬がある方は、下表に薬名と服用のタイミングを明記してください。

持参薬は、自己管理をお願いします。薬の管理や服用は、ご家庭での指導をお願いいたします。

なお、自己管理が難しい場合や薬を預けなければならない場合（冷蔵・冷凍保存など）は事前にご相談ください。

薬名	服薬状況 (該当するところに○をしてください)	備考 (どのような状況で、どのように服用するのかなどご記入ください)
	1回 錠・袋 (朝・昼・夕) (食前・食間・食後) その他 ( )	
	1回 錠・袋 (朝・昼・夕) (食前・食間・食後) その他 ( )	
	1回 錠・袋 (朝・昼・夕) (食前・食間・食後) その他 ( )	
	1回 錠・袋 (朝・昼・夕) (食前・食間・食後) その他 ( )	
	1回 錠・袋 (朝・昼・夕) (食前・食間・食後) その他 ( )	

## キャンプ当日、スタッフが記入します

2026年8月5日(水)～8日(土)あいかわ4DAYSキャンプ 健康チェックシート

参加NO. \_\_\_\_\_ 名前 \_\_\_\_\_ 男・女 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 平熱 \_\_\_\_\_ 度

月日	体温 (夕)	検温時、聞き取った体調・傷病記録
1日目 8月5日	℃	
2日目 8月6日	℃	
3日目 8月7日	℃	