

地球市民青少年サミット参加申込書

- ・主催：一般社団法人 Earth Citizens Organization
- ・日時：2024年10月25日(金)～27日(日)
- ・場所：ILCHI HSP 伊勢研修院 〒542-0083 三重県志摩市浜島町 迫子 864-140 (0599-52-1781)
- ・参加費：無料、 宿泊・食費など自己負担額：40,000円(税込み)

名前		ふりがな	
生年月日	年 月 日	年齢/性別	歳 男 ・ 女
地域		スタジオ	
携帯電話		メール	
住所	(〒 -)		
職業 該当するものに○を記入	学生・会社員・その他	学校名、学年、 職種など	
参加する目的 (理由)			
地球について取り組みたいテーマや 関心のある分野など			
備考	※特に健康面で気をつけることがあれば詳しく書いて下さい。(食事など) 主催者やスタッフに伝えたいことがあれば自由に書いて下さい。		

--	--

年 月 日

参加者 氏名： _____ (印)

健康関連参照事項記録

(事務局保存用)

な ま え	ふりがな	作成日	年 月 日
		生年月日	年 月 日
名 前	氏名	年齢	歳
		性別	男 ・ 女

※本イベントでの指導内容に関連しますので、過去あるいは現在の疾患について、該当する事項に○をつけ、その内容を詳しくご記入ください。告知内容に虚偽があったり、または告知しないことで発生した事故に対しては、一般社団法人 Earth Citizens Organization いかなる責任も負いません。

	無	有			
		過去		現在	
		通 院	入 院	通 院	服 薬
① 心血管系疾患（高血圧、高脂血症、動脈硬化症、狭心症、心筋梗塞、心不全、不整脈 など）					
② 消化器系疾患（胃炎、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、肝炎、肝硬変、大					

腸炎、痔 など)					
③ 内分泌系疾患（糖尿病、甲状腺疾患、低血糖症 など）					
④ 呼吸器系疾患（喘息、呼吸が激しい、気管支拡張症、過換気症候群（過呼吸） など）					
⑤ 泌尿器系疾患（腎炎、腎不全、尿失禁、夜尿症（おねしょ） など）					
⑥ 筋肉骨格疾患（関節炎、ヘルニア、骨粗しょう症、靭帯、筋肉傷害 など）					
⑦ 脳血管疾患（脳卒中、脳内出血、脳梗塞 など）					
⑧ 精神疾患（うつ病、躁鬱病、統合失調症、強迫性障害、解離性障害、不安障害、 恐慌障害（パニック障害）、多重人格、てんかん、薬物依存症、健康不安症、妄想症、 不眠症、性障害、思春期精神障害 など）					
⑨ 女性・婦人系疾患（ _____ ）、妊娠（妊娠の場合 _____ ケ月、出産予定日 _____、最終の検診日 _____） 検診時の結果や医師の意見（ <input type="checkbox"/> 経過良好、 <input type="checkbox"/> 逆子の可能性あり、 <input type="checkbox"/> 流産の可能性あり、 <input type="checkbox"/> その他： _____）					
⑩ 感染性疾患（HIV、現在、激しい症状がある場合 など）					
⑪ アレルギー性疾患（食物アレルギー など）					
⑫ 発達障害（ASD 自閉症スペクトラム、アスペルガー症候群、ADHD 注意欠如多動性障害、 LD 学習障害 など）					

上に該当する方、その他手術の経験、運動するにあたって、医師から何らかの指示を受けたことがある場合またはその他疾病のある場合は、当該疾患に関して薬服用も含めて具体的にご記入ください。

健康関連参照事項記録

（本人保存用）

なまえ	ふりがな	作成日	年 月 日
		生年月日	年 月 日

名前	氏名	年齢	歳
		性別	男 ・ 女

※本イベントでの指導内容に関連しますので、過去あるいは現在の疾患について、該当する事項に○をつけ、その内容を詳しくご記入ください。告知内容に虚偽があったり、または告知しないことで発生した事故に対しては、一般社団法人 Earth Citizens Organization いかなる責任も負いません。

	有			
	過去		現在	
	通院	入院	通院	服薬
① 心血管系疾患（高血圧、高脂血症、動脈硬化症、狭心症、心筋梗塞、心不全、不整脈 など）				
② 消化器系疾患（胃炎、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、肝炎、肝硬変、大腸炎、痔 など）				
③ 内分泌系疾患（糖尿病、甲状腺疾患、低血糖症 など）				
④ 呼吸器系疾患（喘息、呼吸が激しい、気管支拡張症、過換気症候群（過呼吸） など）				
⑤ 泌尿器系疾患（腎炎、腎不全、尿失禁、夜尿症（おねしょ） など）				
⑥ 筋肉骨格疾患（関節炎、ヘルニア、骨粗しょう症、靭帯、筋肉傷害 など）				
⑦ 脳血管疾患（脳卒中、脳内出血、脳梗塞 など）				
⑧ 精神疾患（うつ病、躁鬱病、統合失調症、強迫性障害、解離性障害、不安障害、 恐慌障害（パニック障害）、多重人格、てんかん、薬物依存症、健康不安症、妄想症、 不眠症、性障害、思春期精神障害 など）				
⑨ 女性・婦人系疾患（ ）、妊娠（妊娠の場合 月、出産予定日 、最終の検診日 ） 検診時の結果や医師の意見（ <input type="checkbox"/> 経過良好、 <input type="checkbox"/> 逆子の可能性あり、 <input type="checkbox"/> 流産の可能性あり、 <input type="checkbox"/> その他： ）				
⑩ 感染性疾患（HIV、現在、激しい症状がある場合 など）				

⑪ アレルギー性疾患（食物アレルギー など）					
⑫ 発達障害（ASD 自閉症スペクトラム、アスペルガー症候群、ADHD 注意欠如多動性障害、 LD 学習障害 など）					

上に該当する方、その他手術の経験、運動するにあたって、医師から何らかの指示を受けたことがある場合またはその他疾病のある場合は、当該疾患に関して薬服用も含めて具体的にご記入ください。