

健康診断質問票

氏名		性別		緊急連絡先	氏名	
生年月日	年 月 日	年齢			住所	
住所					TEL/FAX	
TEL/FAX					続柄	

上記内容について、本人(未成年の場合は保護者)の知る限りの真実を記載したことを誓います。

年 月 日

本人署名

保護者署名

(印)

健康保険証の種類

* 次の質問に正確にお答え下さい。

身長	cm	体重	kg	血圧	最高	
足のサイズ	cm	血液型	型(Rh)		最低	
平常時の体温	度					
視力	裸眼	右	左	乱視	有・無	
	<input type="checkbox"/> 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ使用					

* 該当する項目にチェックを入れて下さい。

また、カッコ内に詳細を記述してください。

<input type="checkbox"/>	1. 飛行機に乗った時又は車で峠を越えた時、鼻の奥や耳に痛みを感じて困ったことがある
<input type="checkbox"/>	2. 最近、健康診断を受けた 年 月 (結果)
<input type="checkbox"/>	3. 最近、心電図検査を受けた 年 月 (結果)
<input type="checkbox"/>	4. 煙草を吸う
<input type="checkbox"/>	5. 事故による大怪我または手術を受けたことがある 手術の種類 怪我の種類
<input type="checkbox"/>	6. スポーツあるいはエクササイズをやっている
<input type="checkbox"/>	7. カヌーの経験がある
<input type="checkbox"/>	8. シュノーケリングの経験がある
<input type="checkbox"/>	9. 海で泳げる (M)
<input type="checkbox"/>	10. アトピー・アレルギー症状等がある 部 位 症 状
<input type="checkbox"/>	11. これまでにハチ・クラゲ等にさされたことがある 症状(ショック状態も含む) その時どのような対応をしましたか?
<input type="checkbox"/>	12. 医師によって禁止されているスポーツがある ()
<input type="checkbox"/>	13. 鼻からの呼吸に慢性の障害がある(風邪の鼻づまり除く)
<input type="checkbox"/>	14. 耳の激しい痛み、鼓膜の破損、中耳の炎症など耳の障害がある
<input type="checkbox"/>	15. ぜんそく、気管支炎、胸痛、しつこい咳き込みがある

<input type="checkbox"/>	16. 助膜炎、気胸(肺の破裂)がある
<input type="checkbox"/>	17. 不整脈、心臓の疾患がある(どのような病名であろうとも) (病名:)
<input type="checkbox"/>	18. しばしば、胃を悪くする
<input type="checkbox"/>	19. しばしば、下痢または下血する
<input type="checkbox"/>	20. 貧血、(女性の場合)生理が重い
<input type="checkbox"/>	21. 1～2日続く腹、または背中への痛みがある
<input type="checkbox"/>	22. 肝臓もしくは膀胱の障害がある。尿の中に蛋白、糖、血が混じる
<input type="checkbox"/>	23. 脱臼、リュウマチ、関節炎などの関節の病気がある
<input type="checkbox"/>	24. ひどい頭痛がしばしば起こる、めまいの発作、気絶の発作、てんかんがある
<input type="checkbox"/>	25. 閉所、高所、開けた場所などに対する恐怖感がある
<input type="checkbox"/>	26. 乗り物酔い、船酔いがひどい
<input type="checkbox"/>	27. アルコール、薬物(睡眠薬やベンゼドリンを含む)を常用している
<input type="checkbox"/>	28. 最近になって食欲や体重が急増または急減した
<input type="checkbox"/>	29. 黄疸、肝臓炎がある
<input type="checkbox"/>	30. 風邪をひいている
<input type="checkbox"/>	31. 蓄のう症にかかっている

* 上記項目や、その他に特に気になる場合は明記して下さい。(□に質問のNo.を記入)

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

※ 健康保険証またはコピーを参加当日にご持参下さい。

※ 回答の内容によってはシュノーケリングによる体験活動へのご参加を遠慮して頂く場合がございます。予めご了承下さい。

当日参加できない方には、屋内等で別のメニューも準備してあります。

※ なお、上に記述頂きました情報については、ふれあい体験館で厳重に管理し、参加者の安全確保以外の目的に使用することはございません。