健康アンケート

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　性別　　男　・　女

① 現在、病気または怪我等、健康に異常はありますか。 （医師の治療を受けている、いないを問わない）	はい　・　いいえ 病名（　　）
② 現在、次のような薬の常用や中毒はありますか。 （血圧降下剤、精神安定剤、睡眠薬、覚醒剤、麻薬）	はい　・　いいえ 病名（　　）
③ 最近、３ヶ月以内に病気や怪我で医師の治療（服用も含む）を受けたことがありますか。但し、単なる風邪、怪我で現在完治しているものは除く。	はい　・　いいえ 病名（　　）
④ 過去３年以内に病気や怪我で、２週間以上の医師の治療（服用も含む）を受けたことがありますか。	はい　・　いいえ 病名（　　）
⑤ 過去１年以内にレントゲン、心電図等の検査を受け、異常を指摘されたことがありますか。	はい　・　いいえ 病名（　　）
⑥ 現在、アレルギー等の体質問題で、医師より特別に食事または薬剤使用について指導を受けていますか。	はい　・　いいえ 指導内容・薬の種類 （　　）
⑦ 女性のみ 現在、妊娠してますか。また分娩後１ヶ月以内ですか。	はい　・　いいえ （　　）

⑧ その他、健康上不安な事や、私どもが予め知っておいた方がよい事等ございましたら、具体的にお知らせ下さい。

ブロック	

LOM	

ご記入頂きました個人情報は第４３回ＪＣ青年の船「とうかい号」の利用目的の範囲での利用させて頂きます。

ヒアリング内容記載欄