



既往症告知書

このページおよび健康診断書の太線部分に該当する事項を記入してから医師による健康診断を受けてください。異常あるいは問題点がある場合には医師と相談してください。

下記項目に該当する場合は空欄にチェックをいれ、該当項目の番号を用いて下記の摘要欄に簡単に説明してください。

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------|
| _____ 1 心電図を取った | _____ 12 花粉症 | _____ 24 ぜんそく |
| _____ 2 精神的感情的問題がある | _____ 13 副鼻腔炎など | _____ 25 肺結核 |
| _____ 3 手術・病気の経験がある | _____ 14 乗り物酔い | _____ 26 呼吸器疾患 |
| _____ 4 入院したことがある | _____ 15 閉所恐怖症 | _____ 27 しつこい咳 |
| _____ 5 重いケガを負った | _____ 16 コンタクトレンズ
を使用 | _____ 28 糖尿病 |
| _____ 6 身体に障害がある | _____ 17 耳・聴力の障害 | _____ 29 胸が痛む |
| _____ 7 定期的投薬を受けている | _____ 18 アルコール問題 | _____ 30 覚醒剤使用者 |
| _____ 8 薬を含む、アレルギー | _____ 19 総入れ歯 | _____ 31 41歳以上 |
| _____ 9 風邪を引きやすい、
喉を痛めやすい | _____ 20 圧平衡障害 | _____ 32 妊娠中 |
| _____ 10 頭痛持ち | _____ 21 めまい・気絶 | _____ 33 定期的に薬を服用 |
| _____ 11 医師に運動を止められた
ことがある | _____ 22 てんかん | _____ 34 気管支炎 |
| | _____ 23 心臓病 | _____ 35 高血圧 |
| | | _____ 36 その他の疾病疾患 |

摘要

胸部レントゲン検査日付 _____ 年 月 日 未成年者の場合は両親または後見人の署名捺印
 最近の健康診断日付 _____ 年 月 日 父親(親権者) _____ ・印 日付 _____ 年 月 日
 本人署名捺印 _____ ・印 日付 _____ 年 月 日 母親(親権者) _____ ・印 日付 _____ 年 月 日

戸籍上の姓名 _____

住所 _____

生年月日 _____ 年 月 日 年齢 _____ 歳 性別 男・女 自宅電話番号 _____ ()

職業 _____ 会社名 _____ 所属部署 _____

申込コース名と開催地 _____ コース _____

緊急時の連絡先 _____

氏名 _____ 本人との関係 _____ 電話番号 _____ ()

かかりつけの医師 _____ 電話番号(昼間) _____ () 夜間 _____ ()

健康保険の種類 _____ 番号 _____ 電話番号 _____

このコースを何で知りましたか? _____