既往症告知書

このページおよび裏面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印をいれ、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			_____	29 胸が痛む
_____	7 定期的投薬を受けている	_____	17 耳・聴力の障害	_____	30 覚醒剤使用者
_____	8 薬を含む、アレルギー	_____	18 アルコール問題	_____	31 41歳以上
_____	9 風邪を引きやすい、喉を痛めやすい	_____	19 総入れ歯	_____	32 妊娠中
		_____	20 圧平衡障害	_____	33 定期的に薬を服用
_____	10 頭痛持ち	_____	21 めまい・気絶	_____	34 気管支炎
_____	11 医師に運動を止められたことがある	_____	22 てんかん	_____	35 高血圧
		_____	23 心臓病	_____	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

最近の健康診断日付 ____年____月____日

本人署名捺印 _____・印 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

父親(親権者) _____・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？ _____