



NATIONAL ASSOCIATION OF UNDERWATER INSTRUCTORS

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。

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

既往症告知書