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？ _____