

健康調査書

記入日 年 月 日

あなたの病歴と健康状態について該当する事項があれば、チェックを入れて下さい。

(ふりがな) 代表者 お名前	続柄	歳	(ふりがな) 同伴者 お名前	続柄	歳	(ふりがな) 同伴者 お名前	続柄	歳	(ふりがな) 同伴者 お名前	続柄	歳
<input type="checkbox"/> 呼吸器系の病気をしている。 ( <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 気管支喘息)	<input type="checkbox"/> 呼吸器系の病気をしている。 ( <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 気管支喘息)	<input type="checkbox"/> 呼吸器系の病気をしている。 ( <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 気管支喘息)	<input type="checkbox"/> 呼吸器系の病気をしている。 ( <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 気管支喘息)								
<input type="checkbox"/> 循環器系の病気をしている。 ( <input type="checkbox"/> 貧血症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 減圧症)	<input type="checkbox"/> 循環器系の病気をしている。 ( <input type="checkbox"/> 貧血症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 減圧症)	<input type="checkbox"/> 循環器系の病気をしている。 ( <input type="checkbox"/> 貧血症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 減圧症)	<input type="checkbox"/> 循環器系の病気をしている。 ( <input type="checkbox"/> 貧血症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 減圧症)								
<input type="checkbox"/> 中耳科系の病気をしている。 ( <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 蓄膿症)	<input type="checkbox"/> 中耳科系の病気をしている。 ( <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 蓄膿症)	<input type="checkbox"/> 中耳科系の病気をしている。 ( <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 蓄膿症)	<input type="checkbox"/> 中耳科系の病気をしている。 ( <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 <input type="checkbox"/> 蓄膿症)								
<input type="checkbox"/> 内科系の病気をしている。 ( <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 複雑型片頭痛)	<input type="checkbox"/> 内科系の病気をしている。 ( <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 複雑型片頭痛)	<input type="checkbox"/> 内科系の病気をしている。 ( <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 複雑型片頭痛)	<input type="checkbox"/> 内科系の病気をしている。 ( <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 複雑型片頭痛)								
<input type="checkbox"/> 精神的、心理的な病気をもっている。 ( <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 発作 <input type="checkbox"/> けいれん)	<input type="checkbox"/> 精神的、心理的な病気をもっている。 ( <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 発作 <input type="checkbox"/> けいれん)	<input type="checkbox"/> 精神的、心理的な病気をもっている。 ( <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 発作 <input type="checkbox"/> けいれん)	<input type="checkbox"/> 精神的、心理的な病気をもっている。 ( <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 発作 <input type="checkbox"/> けいれん)								
<input type="checkbox"/> 現在妊娠中である (女性のみ)	<input type="checkbox"/> 現在妊娠中である (女性のみ)	<input type="checkbox"/> 現在妊娠中である (女性のみ)	<input type="checkbox"/> 現在妊娠中である (女性のみ)								
<input type="checkbox"/> アレルギー体質である。 アレルギーの種類・病名( )	<input type="checkbox"/> アレルギー体質である。 アレルギーの種類・病名( )	<input type="checkbox"/> アレルギー体質である。 アレルギーの種類・病名( )	<input type="checkbox"/> アレルギー体質である。 アレルギーの種類・病名( )								
<input type="checkbox"/> 常に薬を服用している 薬名( )	<input type="checkbox"/> 常に薬を服用している 薬名( )	<input type="checkbox"/> 常に薬を服用している 薬名( )	<input type="checkbox"/> 常に薬を服用している 薬名( )								
<input type="checkbox"/> その他の病気をしている、又は通院中である。 病名( )	<input type="checkbox"/> その他の病気をしている、又は通院中である。 病名( )	<input type="checkbox"/> その他の病気をしている、又は通院中である。 病名( )	<input type="checkbox"/> その他の病気をしている、又は通院中である。 病名( )								
<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症である。	<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症である。	<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症である。	<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症である。								
<input type="checkbox"/> 乗り物に酔いやすい。	<input type="checkbox"/> 乗り物に酔いやすい。	<input type="checkbox"/> 乗り物に酔いやすい。	<input type="checkbox"/> 乗り物に酔いやすい。								
<input type="checkbox"/> 現在疲れ気味又は睡眠不足である。	<input type="checkbox"/> 現在疲れ気味又は睡眠不足である。	<input type="checkbox"/> 現在疲れ気味又は睡眠不足である。	<input type="checkbox"/> 現在疲れ気味又は睡眠不足である。								
<input type="checkbox"/> 現在風邪をひいている。	<input type="checkbox"/> 現在風邪をひいている。	<input type="checkbox"/> 現在風邪をひいている。	<input type="checkbox"/> 現在風邪をひいている。								

◆65才以上または上記の該当する箇所の方に☑を記入した方は、医師の診断によるスノーケリング体験参加の承諾が必要です。診断書用紙は各病院の承諾書(診断書)で構いません。

※医師の診断書をもった方は、事前に申込書と診断書をメールまたはFAXにて事前送付をお願いします。

※健康調査書に該当しない方は事前に電話またはメールにてツアーのお申込みをお願いします。

※この健康調査書は事前の健康チェック用です。スノーケリング体験当日も再健康調査書のご記入がございますのでご協力よろしくお願いします。

ケラマアイランズ倶楽部

確認者	
-----	--