

健康質問書

(フル)
株式会社ジャパングレイス

※健康質問書へ虚偽なく記入いたします。

20____年____月出航 Voyage____ピースボート 記入日____年____月____日

フリガナ お名前 (署名)	出航時年齢 歳	性別 女 / 男	性別に関して説明が必要な方はお気軽にご相談ください。	申込番号
------------------	------------	-------------	----------------------------	------

質問①～⑦まで記入漏れのないようにすべてご記入ください。

【質問①】 現在治療中の病気、過去 10 年間に治療を受けた病気、これまでに手術をした病気はありますか？

いいえ はい 「はい」の方は、下記[病名表]で該当する番号をご確認のうえ、[詳細表]をご記入ください(受けた手術を含む)。

⑨～⑰は、診断名をご記入ください。病名が表にない場合は、⑱のその他の欄に診断名をご記入ください。

【病名表】

病気番号	病名	病気番号	病名	病気番号	病名	病気番号	病名
①	高血圧	②	脂質異常	③	糖尿病(服薬・注射)	④	腎結石・胆石
⑤	不整脈	⑥	前立腺肥大	⑦	緑内障	⑧	てんかん
⑨	虚血性心疾患(心筋梗塞、狭心症など) (診断名:)	⑩	脳血管疾患(脳梗塞、脳出血など) (診断名:)				
⑪	悪性腫瘍(大腸がん、胃がん、乳がんなど) (診断名:)	⑫	肝疾患(肝機能障害、肝炎、肝硬変など) (診断名:)				
⑬	呼吸器疾患(喘息、気管支など) (診断名:)	⑭	甲状腺疾患(バセドウ病、橋本病など) (診断名:)				
⑮	肺疾患(慢性閉塞性肺疾患など) (診断名:)	⑯	腎臓疾患(慢性腎臓病など) (診断名:)				
⑰	精神疾患(神経症、うつ、統合失調症など) (診断名:)	⑱	その他 (診断名:)				

↓「はい」の方は、上記[病名表]で該当する番号をご確認のうえ、[詳細表]をご記入ください。

【詳細表】

病気番号	該当するものに○をつけてください				治療を開始した年齢	治療が完了した年齢	通院頻度	入院歴(過去含む)
	治療中	観察中	手術	受診なし				
							カ月に 回	年 月頃～ 年 月頃
							カ月に 回	年 月頃～ 年 月頃
							カ月に 回	年 月頃～ 年 月頃
							カ月に 回	年 月頃～ 年 月頃

※過去に心電図に異常が認められた方は心電図コピーをご提出ください。

【質問②】 現在服用しているお薬はありますか？

いいえ はい 「はい」の方は、下記の表にお薬をすべてご記入ください。

※ 4 種類以上の場合、お薬手帳や処方箋等のコピーをご提出ください。

病気番号	薬品名(例: アムロジン)	容量(例: 5mg)	服用頻度	病気番号	薬品名(例: アムロジン)	容量(例: 5mg)	服用頻度
			1日 回 / 1回 錠				1日 回 / 1回 錠
			1日 回 / 1回 錠				1日 回 / 1回 錠

【質問③】 ②で「はい」の方は、ご旅行中に必要なお薬をご自身でご準備可能ですか？

いいえ はい

※船内にある薬は応急処置を目的とした薬品で、既往症の治療に対する薬の処方できません。持参されない場合は、自己負担にて訪問地での病院を受診し、処方してもらうか、ご帰国して処方してもらう必要があります。

↓↓裏面へ続きます↓↓

**【質問④】 日常生活や寄港地でのツアーに参加する時に、介助人や車椅子、杖、医療機器などが必要ですか？
また、現在妊娠中ですか？**

いいえ はい 「はい」の方は、該当項目にチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 手押し車	<input type="checkbox"/> 車いす（電動・手動）	<input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 補聴器（片耳・両耳）	<input type="checkbox"/> CPAP（シーパップ）	<input type="checkbox"/> ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 在宅酸素
<input type="checkbox"/> 自己注射	<input type="checkbox"/> 点滴機器	<input type="checkbox"/> 妊娠（ 週目）	

【質問⑤】 今まで食品や薬品、その他でアレルギー症状が出たことがありますか？

いいえ はい 「はい」の方は、以下ご記入ください。

食品名または薬品名		いつごろ	
具体的症状		対処法	

※症状が出た際に使用する薬をお持ちの方は旅行にご持参ください。
※旅行中に医療機関を受診する際は、自己申告をお願いします。

【質問⑥】 ⑤で「はい」の方、医療措置（点滴・注射）を必要とする重度の食物アレルギーはありますか？

いいえ はい 「はい」の方は、以下に詳細をご記入ください。

発症経緯	
発症時の症状	
発症時の対処方法	

【質問⑦】 かかりつけの医療機関がありますか？

いいえ はい 「はい」の方は、かかりつけ医をすべてご記入ください。

1. 医療機関名		電話番号	
所在地			
診療科目		担当医名	
2. 医療機関名		電話番号	
所在地			
診療科目		担当医名	
3. 医療機関名		電話番号	
所在地			
診療科目		担当医名	

※この健康質問書は、皆さまが安全に旅行を続けられ、診療室でのスムーズな状況把握と適切な治療を提供するために重要なものです。ご記入漏れがないかどうか、再度ご確認をお願いいたします。

※本紙にてご提供いただいた個人情報、当社および本船診療室にてお客様の健康管理のために使用いたします。お客様の同意なく、第三者へ情報を開示・利用・提供することはありません。