

Step海 divers school健康調査票

《あなたは現在または過去における病歴で、該当するものは全てを正確にチェックして下さい。》

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ぜんそく | <input type="checkbox"/> 肺結核 | <input type="checkbox"/> 中耳炎など | <input type="checkbox"/> 鼻(副鼻腔)のトラブル |
| <input type="checkbox"/> 自然気胸 | <input type="checkbox"/> ひどい肺炎 | <input type="checkbox"/> ろくまく炎 | <input type="checkbox"/> 耳のトラブル(難聴、圧平衡の不調) |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 低血圧 | <input type="checkbox"/> 狭心症 | <input type="checkbox"/> 不整脈、動悸 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 高所恐怖症 | <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> ひんぱんな胃けいれん |
| <input type="checkbox"/> めまい、失神 | <input type="checkbox"/> 心臓系のトラブル | <input type="checkbox"/> アルコール依存症 | |
| <input type="checkbox"/> ひどい乗物酔い | <input type="checkbox"/> ひんぱんな頭痛 | | |
| <input type="checkbox"/> 神経系のトラブル | <input type="checkbox"/> 精神系のトラブル | | |

最近手術をうけた

その他呼吸器系のトラブル

その他の循環器系のトラブル

今現在服用している
薬品すべてを書き出して下さい

誓約文: 上記の記載内容は全て真実であり、ありのままを正確に記入している事をここに誓います。

ご署名

※必ずご記入のうえ現地へお持ち下さい。また、上記項目にチェックが入る場合は
その項目によっては安全にご参加頂く為に医師による診断書を提出して頂く場合がございます。