

健康状態確認書

(1) 現在治療中または継続して病院等に通って診察を受けている病気やケガはありますか。

- ない
 ある → (病名:)
(内服/外用薬名:)
(通院間隔:)

(2) 今までにストレス等で医師の診察を受けたことがありますか。

- ない
 ある → (あるに○の場合: 年 月頃)

(3) 食べ物や薬剤その他何らかに対してアレルギーはありますか。

- ない
 ある → (何に:)
(症状:)

(4) 今までに入院や手術をしたり、継続して通院治療したり、治療はしなかったが病気やケガを指摘されたことはありますか。ある場合は、傷病名を記入し、通院/入院/手術の当てはまるものに○をつけてください。

- ない
 ある → (傷病名: 通院 / 入院 / 手術)
(傷病名: 通院 / 入院 / 手術)
(傷病名: 通院 / 入院 / 手術)

(5) たばこを吸いますか。

- ない
 ある → (量: 本/日)

(6) アルコールを飲みますか。

- ない
 ある → (種類: 量: ml / ℓ / 日/週/月)

(7) 女性のみ記入してください。

月経痛に対する鎮痛剤などの服用 → しない / する → 頻度(時々/毎回)

以上に相違ありません。

年(Y) 月(M) 日(D)

本人署名 (Signature) _____