

健康質問書

[ショート]
株式会社 ジャパングレイス

別紙『健康質問書』のご提出についてのお願い』をお読みいただきご提出ください。 ご記入日_____年___月___日

20___年___月出航 _____クルーズ

フリガナ お名前	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
-------------	------------	-------------	----------------------------	------

1 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。

- 歩行器具(杖・その他) 車いす(電動・手動) CPAP(シーパップ) ペースメーカー 補聴器
 在宅酸素 点滴機器 妊娠(週目) その他(具体的に)

2 現在治療中の病気と、過去5年以内に治療を受けた病気はありますか？

いいえ はい

↓ 「はい」の方は、下記【病名表】に該当する番号をご確認のうえ、【詳細表】をご記入ください。

⑨～⑮に該当する場合は、病名をご記入ください。

該当する病名が表にない場合は、⑯のその他の欄に病名をご記入ください。

【病名表】

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

↓ 【詳細表】「はい」の方はご記入ください。(病気番号は上記表に該当するものをご記入ください。)

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)			
	現在も治療中	経過観察中	指摘のみで通院なし				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
						カ月に 回	年	月頃～	年	月頃

3 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、お薬表をご提出ください。

お薬表をお持ちでないなど提出が難しい場合は、下記に病気番号と薬品名、服用頻度を全てご記入ください。

病気番号	薬品名	頻度	病気番号	薬品名	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
		1日 回/1回 錠			1日 回/1回 錠

↓ 「はい」の方は、ご旅行中に必要なお薬は、ご自身で準備可能ですか？

はい いいえ

主治医が処方した薬を服用中の方は、あらかじめ相談のうえ、旅行期間中に必要な分をご自身でご用意ください。

万が一、ご準備が難しい場合はご相談ください。

※裏面に続く

4

今まで食べ物や薬品、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、該当項目と詳細をご記入ください。

食べ物 薬品 その他 ()
 ・原因 () ・いつごろ ()
 ・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。

▶ 食物アレルギーのある方は以下ご回答願います。

1. アレルゲン(アレルギー症状の出る食品)は何ですか？
 ()

2. 上記アレルゲンのうち、症状が出るのは生ものだけですか？加工食品はいかがですか？
 生ものだけ 加工食品でも出る

3. 発症経緯は下記のどれですか？
 個体を避けて食べれば問題ない
 個体に触れている食材を摂取しただけでも発症
 加工品に含まれている物を摂取しても発症
 個体を使用した器具を使ったものでも発症(トング、まな板、包丁等)
 その他 ()

4. どのような症状が出ますか？
 皮膚・粘膜のかゆみ 蕁麻疹 呼吸器症状 消化器症状
 全身性症状(アナフィラキシーショック) 血圧低下、意識喪失
 その他 ()

5. 発症レベル・対処法について下記を選択願います。その他情報あれば記入願います。
 軽度 自己管理できる やや重度 時間が経てば治まる
 重度 診療所での対応が必要。生命に関わる。
 その他 ()

6. 日頃の食事内容・対応を教えてください。

[]

5

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、下記項目をご記入ください。

●医療機関名 ()
 ●所在地 () ●電話番号 ()
 ●診療科目 () ●担当医名 ()