

## 健康調書の作成について

### 【記入上の注意】

この申請書は、教員南極派遣プログラム応募者に対し、南極地域における観測活動に従事するために必要な身体についての健康判定の基礎となるデータを得るために行うものです。正確に漏らさずに記入してください。

得られたデータは、情報・システム研究機構国立極地研究所極地観測隊員健康判定委員会(以下「健康判定委員会」)において総合的に審議されるための事前の資料となります。

また、申請書は将来的な医療改善と医学的研究推進のため、個人を特定できない形で活用される他は、職務に関係の無い第三者の目に触れたり、前述以外の他の目的に使用されることはありません。

なお、身体検査受診時に記入していただく健康調書(I)という書類に今回記入していただいた書類も使用しますので、あらかじめご了承ください。

## 健康調書（教員南極派遣プログラム）

### ○記載項目

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 性別： 男・女 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（満年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月）

### Ⅲ 既往歴

1. 現在までにかかった病気や負傷の種類、その時期や経過について、記入してください。

| 罹患時期                    | 病名又は負傷名 | その年齢 | 経 過 |
|-------------------------|---------|------|-----|
| 出 産 直 後<br>及 び<br>乳 児 期 |         |      |     |
|                         |         |      |     |
|                         |         |      |     |
| 学 齡 期 前                 |         |      |     |
|                         |         |      |     |
|                         |         |      |     |
| 小 学 校 从<br>高 校 まで       |         |      |     |
|                         |         |      |     |
|                         |         |      |     |
| 以 後                     |         |      |     |
|                         |         |      |     |
|                         |         |      |     |

2. 最近疲れを感じますか。

疲れを感じる                      疲れを感じない

3. 最近体重に変化が有りますか。

増加(\_\_\_\_\_kg / \_\_\_\_\_ヶ月前から)      変化なし      減少(\_\_\_\_\_kg / \_\_\_\_\_ヶ月前から)

4. かぜにかかり易いですか。

かかり易い（頻度\_\_\_\_\_回/年）                      かかりにくい

5. 扁桃腺炎にかかり易いですか。

かかり易い    かかりにくい

6. 血圧を測定したことが有りますか。

有                      無

「有」に○をつけた方は、下記の該当欄を記入してください。

| 項 目          | 年 齢 | 収縮期血圧(最大)～拡張期血圧(最小) |       |
|--------------|-----|---------------------|-------|
| はじめて血圧を測定した時 | 歳   | mm Hg ~             | mm Hg |
| 高血圧と言われた時    | 歳   | mm Hg ~             | mm Hg |
| 低血圧と言われた時    | 歳   | mm Hg ~             | mm Hg |

7. 次の症状を訴えたことがあれば○印をつけて、その年齢を記入してください。

脈のみだれ (\_\_\_\_歳)      胸ぐるしさ (\_\_\_\_歳)  
動 悸 (\_\_\_\_歳)      む く み (\_\_\_\_歳)  
息 切 れ (\_\_\_\_歳)      脈拍が多い (\_\_\_\_歳)

8. 寒いときの手足の冷えが

強い                      弱い

9. 寒いとしもやけが

出来やすい              出来にくい

10.

(1) ツベルクリン反応

陽 性                      陰 性

「陽性」に○をつけた方は、次の事項を記入してください。

①陽転の時期：      \_\_\_\_歳

②陽転の原因：      自然陽転      BCG陽転

③BCGの接種：      有      無

(2) 胸膜炎にかかったことが有りますか。

有 (\_\_\_\_歳) 無

胸に水がたまったことが有りますか。(「有」に○をつけた方のみ回答してください。)

有 無

(3) 肺結核にかかったことが有りますか。

有 (\_\_\_\_歳) 無

(4) 気管支喘息にかかったことが有りますか。

有 (\_\_\_\_歳) 無

(5) その他の呼吸器疾患、例えば、肺炎、気管支炎などにかかったことが有りますか。

有 (病名\_\_\_\_・\_\_\_\_歳) 無

(6) 次の症状を呈したことが有れば○印をつけて、その年齢を記入してください。

寝汗 (\_\_\_\_歳) 喀血 (\_\_\_\_歳) 咳 (\_\_\_\_歳)  
胸痛 (\_\_\_\_歳) たん (\_\_\_\_歳)

1 1. 次の症状を呈したことが有れば○印をつけて、その年齢を記入してください。

|                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| 黄疸 (____歳)                 | 胆石症 (____歳)           |
| 胃・十二指腸潰瘍 (____歳)           | 回虫症 (____歳)           |
| 十二指腸虫症 (____歳)             | よく食べ物が嚙めない (____歳)    |
| 口がくさい (____歳)              | 舌がいつも白い (____歳)       |
| 食欲がない (____歳)              | 食後げっぷが多い (____歳)      |
| 食後におなかが張ったり胃の具合が悪い (____歳) |                       |
| 胸やけやすっぱい水が上がる (____歳)      | おなかがすいた時、腹が痛い (____歳) |
| 激しい腹痛で時々悩む (____歳)         | 食べ物がのどや胸につかえる (____歳) |
| しばし下痢をする (____歳)           | 血の混じった便が出る (____歳)    |
| 黒い便が出たことがある (____歳)        |                       |
| 便秘と下痢を繰り返した (____歳)        |                       |

1 2.

(1) 次の症状を呈したことが有れば○印をつけてください。

排尿時に痛みがある (\_\_\_\_歳)                      排尿しにくかった (\_\_\_\_歳)  
むくみ (\_\_\_\_歳)    排尿の回数が多くなった (\_\_\_\_歳)  
排尿してもまだ尿がたまっている感じがあった (\_\_\_\_歳)  
尿量が多くなった (\_\_\_\_歳)                              尿量が少なくなった (\_\_\_\_歳)  
尿に血が混じった (\_\_\_\_歳)                              腎結石のような痛みがあった (\_\_\_\_歳)  
尿に蛋白が出ると言われた (\_\_\_\_歳)                  精液に血が混じった (\_\_\_\_歳)

(2) 腎炎にかかったことが有りますか。

有 (\_\_\_\_歳)                      無

(3) 腎結石にかかったことが有りますか。

有 (\_\_\_\_歳)                      無

(4) 膀胱炎、腎盂炎にかかったことが有りますか。

有 (\_\_\_\_歳)                      無

1 3.

(1) 次の症状を呈したことが有れば○印をつけてください。

口のかわき (\_\_\_\_歳)                                      性欲がなくなった (\_\_\_\_歳)  
多量の水を飲む (\_\_\_\_歳)                                  皮膚が化膿しやすい (\_\_\_\_歳)

(2) 尿から糖が検出されたり、糖尿病と診断されたことは有りますか。

有 (\_\_\_\_歳)                      無

1 4.

(1) 次の疾患にかかったことが有れば○印をつけてください。

梅毒 (\_\_\_\_歳)                      淋病 (\_\_\_\_歳)                      軟性下疳 (\_\_\_\_歳)

(2) ワッセルマン反応を調べたことが有りますか。

有 (陽性・陰性)                      無

15. リウマチ、神経痛、関節の痛みなどを訴えたことが有れば、その部位と年齢を記入してください。

部位：\_\_\_\_\_ 年齢：\_\_\_\_\_歳

16.

(1) 微熱（37℃～38℃）が1週間以上持続したことが有りますか。

有（\_\_\_\_\_歳） 無

(2) 38℃以上の発熱が数日以上持続したことが有りますか。

有（\_\_\_\_\_歳） 無

(3) 赤痢、腸チフス、日本脳炎、マラリアなどの伝染病にかかったことが有りますか。

有（病名：\_\_\_\_\_・\_\_\_\_\_歳） 無

17. 膠原病、じん麻疹、薬品アレルギー、花粉症、その他のアレルギーの疾患にかかったことが有りますか。

有（病名：\_\_\_\_\_・\_\_\_\_\_歳） 無

18.

(1) 皮下に多くの出血斑がでたことが有りますか。

有（\_\_\_\_\_歳） 無

(2) 歯ぐきからしばしば出血したことが有りますか。

有（\_\_\_\_\_歳） 無

(3) 貧血にかかったことが有りますか。

有（\_\_\_\_\_歳） 無

(4) 血液の病気にかかったことが有りますか。

有（\_\_\_\_\_歳） 無

19. 甲状腺異常、その他の内分泌疾患にかかったことが有りますか。

有（病名：\_\_\_\_\_・\_\_\_\_\_歳） 無

20.

(1) 次の症状を呈したことが有れば○印をつけてください。

頭痛（ 長く続いた 急激に起こった \_\_\_\_\_歳）

頭が重い（\_\_\_\_\_歳） めまい（\_\_\_\_\_歳） のぼせ（\_\_\_\_\_歳）

肩こり（\_\_\_\_\_歳） けいれん（\_\_\_\_\_歳） 卒倒（\_\_\_\_\_歳）

手足が不自由（\_\_\_\_\_歳） 手や指がふるえる（\_\_\_\_\_歳）

しびれる（\_\_\_\_\_歳） 歩くのが不自由（\_\_\_\_\_歳）

意識がなくなった（\_\_\_\_\_歳） てんかん（\_\_\_\_\_歳） 喋りづらい（\_\_\_\_\_歳）

乗り物酔い（\_\_\_\_\_歳） 手のふるえ（\_\_\_\_\_歳）

寝つきが悪い（\_\_\_\_\_歳） めざめやすい（\_\_\_\_\_歳）

毎日規則的に就寝できない（睡眠時間\_\_\_\_\_時間・\_\_\_\_\_歳）

21.

(1) 近視

有（視力：右\_\_\_\_\_・左\_\_\_\_\_） 無

(2) 色盲

有 無

(3) 結膜炎、その他の眼科疾患にかかったことが有りますか。

有（病名：\_\_\_\_\_・\_\_\_\_\_歳） 無

22.

(1) 耳鳴りを訴えたり、聞こえにくかったりしたことが有りますか。

有（\_\_\_\_\_歳） 無

(2) 外耳炎、中耳炎、乳様突起炎、その他の耳鼻科疾患にかかったことが有りますか。

有（病名：\_\_\_\_\_・\_\_\_\_\_歳） 無

23.

(1) 湿疹、じん麻疹、水虫、その他の皮膚疾患にかかったことが有りますか。

有 (病名: \_\_\_\_\_・ \_\_\_\_\_ 歳) 無

(2) 次の症状を呈したことが有れば○印をつけてください。

皮膚が敏感で弱い ( \_\_\_\_\_ 歳) 汗がひどい ( \_\_\_\_\_ 歳)

発疹ができやすい ( \_\_\_\_\_ 歳)

薬物を使ったあと皮膚に発疹が出たりかゆくなった ( \_\_\_\_\_ 歳)

薬物を使ったあとでむかついたり、気分が悪くなった ( \_\_\_\_\_ 歳)

24. むし歯は有りますか。

\_\_\_\_\_ 本 (治療済 \_\_\_\_\_ 本、未処理 \_\_\_\_\_ 本)

25.

(1) 外傷を受けたことが有りますか。

頭部外傷 有 ( \_\_\_\_\_ 歳) 無

内臓損傷 有 (部位: \_\_\_\_\_・ \_\_\_\_\_ 歳) 無

骨折・脱臼 有 (部位: \_\_\_\_\_・ \_\_\_\_\_ 歳) 無

はれもの 有 (部位: \_\_\_\_\_・ \_\_\_\_\_ 歳) 無

(2) 腹部の手術を受けたことが有りますか。

有 (病名: \_\_\_\_\_・ \_\_\_\_\_ 歳) 無

(3) 肛門からの出血、肛門周囲のかゆみ、痔、脱腸、ヘルニアなどにかかったことが有りますか。

有 (病名: \_\_\_\_\_・ \_\_\_\_\_ 歳) 無

(4) その他外科的治療 (手術) を受けたことが有りますか。

有 (病名: \_\_\_\_\_・ \_\_\_\_\_ 歳) 無

(病名: \_\_\_\_\_・ \_\_\_\_\_ 歳)



26.

(1) お酒は飲みますか。

飲む                      飲まない

「飲む」に○をつけた方は、次の①～③にも回答してください。

①好きな酒の種類

清酒    焼酎    ビール    ウイスキー    ワイン    その他 (\_\_\_\_\_)

②量はどのくらい飲みますか。(例えば、清酒2合など具体的に記入してください)

毎日                      \_\_\_\_\_  
機会があれば            \_\_\_\_\_  
最高に飲んだ時の量      \_\_\_\_\_

③酒の肴は食べますか。

食べる (種類: \_\_\_\_\_)              食べない

(2) タバコは吸いますか。

吸う    吸わない

「吸う」に○を付けた方は、次の①②にも回答してください。

①1日にどれくらい吸いますか。

\_\_\_\_\_本

②いつ頃から吸い始めましたか。

\_\_\_\_\_歳

(3) コーヒーは飲みますか。

飲む (1日カップ \_\_\_\_\_ 杯)              飲まない  
飲むときの砂糖の量 (スプーン \_\_\_\_\_ 杯)

(4) その他の特別な嗜好品があったら、その品名と量を書いてください。

(\_\_\_\_\_)

27.

(1) 睡眠薬、精神安定剤を使用したことが有りますか。

有            無

「有」に○をつけた方は、次の①～③にも回答してください。

①いつ頃：\_\_\_\_\_歳

②期間：\_\_\_\_\_

③使用の理由：\_\_\_\_\_

28. 現在、何らかの病気で服薬をされていますか。

①病名

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

②服薬されている薬品名

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_