

(様式2)

南極地域観測隊員候補者健康調書(一部抜粋)

○記載項目

ふりがな 氏 名 性別： 男・女

希望する公募枠の専門分野名・公募整理番号 夏隊・越冬隊

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 及 び 乳 児 期 | | | |
| | | | |
| | | | |
| 学 齢 期 前 | | | |
| | | | |
| | | | |
| 小 学 校 从 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. 最近体重に変化がありますか。

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) | |
|--------|-----|---------------------|-------|
| 直近の測定値 | 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 B C G陽転

③B C G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 ウィスキー 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ありますか。

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. _____ 診断された年齢：_____歳

2. _____ 診断された年齢：_____歳

3. _____ 診断された年齢：_____歳

②服薬されている薬品名

1. _____ 服薬を開始した年齢：_____歳

2. _____ 服薬を開始した年齢：_____歳

3. _____ 服薬を開始した年齢：_____歳

4. _____ 服薬を開始した年齢：_____歳