

(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			
小学校から 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. 食物アレルギーはありますか。（原因食物が複数ある場合は、すべて記載ください。）

有（原因食物：_____・_____歳くらいから） 無

摂取した際に呈した症状について○印をつけてください。

皮膚症状（ 蕁麻疹（じんましん）・ かゆみ ・ 赤み ・ むくみ ・ 湿疹 ）

粘膜症状（ 鼻水・ 鼻づまり・ くしゃみ ・ 口周りの違和感 ）

呼吸器症状（ 咳 ・ 喘鳴（呼吸時にぜいぜいと雑音を発すること）・ 声枯れ ・ 呼吸困難）

消化器症状（ 嘔吐 ・ はき気 ・ 下痢 ・ 腹痛 ）

神経症状（ 頭 ・ 活気の低下 ・ 意識障害 ）

循環器症状（ 血圧低下 ・ 不整脈 ・ 頻脈（心拍数が増加している状態） ）

その他の症状（ _____ ）

日常生活での対応について（例：分けて調理が必要など）

[_____]

19.

(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

20. 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

21.

(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)

22.

(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

23.

(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

24.

(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)

発疹がしやすい (____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)

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：_____

④薬の名前：_____

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