（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

　　　　　　　　　　　　　　　　性別：　男・女

希望する公募枠の専門分野名・公募整理番号　　野外観測支援・S-3　越冬隊

生年月日　　　　西暦　　　　　　　　　年　　　月　　　日（満年齢　　　歳　　ケ月）

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、すべて記入してください。医院を受診し、診断されたものすべて記入（設問４以降に個別の聞き取り有）。

（軽微な疾患、負傷は除く。ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ・捻挫等）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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)

３．血圧を測定したことがありますか。

　　　有　　　　無

　　「有」に○をつけた方は、下記の該当があれば記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　目 | 年　齢 | 収縮期血圧(最大)～拡張期血圧(最小) |
| 高血圧と言われた時 | 歳 | 　　 　㎜Hg ～　　　　　㎜Hg |
| 低血圧と言われた時 | 歳 | 　　 　㎜Hg ～　　　　　㎜Hg |

４．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

５．次の症状について該当に〇をつけ、内容を記入してください。

（１）肺結核にかかったことがありますか。

　　　　有（　　　歳）　　　無

（２）気管支ぜんそくにかかったことがありますか。

　　　　有（　　　歳）　　　無

（３）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ありますか。

　　　　有（病名　　　　　　　　・　　　歳）　　　無

（４）次の症状等を呈したことがあれば○印をつけて、詳細を記入してください。

睡眠中に呼吸が止まっているといわれたことがありますか？　　有（　　　歳ごろ）　 無

昼間強い眠気を感じることが頻繁にありますか？ 有（１日に　　　回程度）　　　無

（５）腎炎にかかったことがありますか。

　　　有（　　　歳）　　　無

（６）腎結石にかかったことがありますか。

有（　　　歳）　　　無

（７）膀胱炎、腎盂炎にかかったことがありますか。

有（　　　歳）　　　無

（８）尿から糖が検出されたり、糖尿病と診断されたことはありますか。

有（　　　歳）　　　無

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

　　　部位：　　　　　　　　　　　　年齢：　　　　歳

７．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ありますか。（原因が複数ある場合は、すべて記載ください。）

有（病名・原因：　　　　　　　　　　・　　　歳）　　　無

（病名・原因：　　　　　　　　　　・　　　歳）

（病名・原因：　　　　　　　　　　・　　　歳）

（病名・原因：　　　　　　　　　　・　　　歳）

（病名・原因：　　　　　　　　　　・　　　歳）

８．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

　　（原因食物：　　　　　　　　　　　　　・　　　　　歳くらいから）

　　（原因食物：　　　　　　　　　　　　　・　　　　　歳くらいから）

　　（原因食物：　　　　　　　　　　　　　・　　　　　歳くらいから）

　　（原因食物：　　　　　　　　　　　　　・　　　　　歳くらいから）

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詳細に記載ください。（例：分けて調理が必要など）

９．甲状腺異常、その他の内分泌疾患にかかったことがありますか。

有（病名：　　　　　　　　　　・　　　歳）　　　無

１０．結膜炎、その他の眼科疾患にかかったことがありますか。

有（病名：　　　　　　　　　　・　　　歳）　　　無

１１．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ありますか。

有（病名：　　　　　　　　　　・　　　歳）　　　無

　 １２．湿疹、じん麻疹、水虫、その他の皮膚疾患にかかったことがありますか。

有（病名：　　　　　　　　　　・　　　歳）　　　無

１３．次の症状を呈したことがあれば○印をつけてください。

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）

１４．

（１）外傷を受けたことがありますか。

　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ありますか。

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ありますか。

有（病名：　　　　　　　　　　・　　　歳）　　　無

（４）その他外科的治療（手術）を受けたことがありますか。

有（病名：　　　　　　　　　　・　　　歳）　　　無

（病名：　　　　　　　　　　・　　　歳）

１５．

（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）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。

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

１６．

（１）カウンセリングまたは精神科医の診察、治療を受けたことがありますか。

有　　　　無い

　　「有」に○をつけた方は、次の①～②にも回答してください。

①いつ頃：　　　　歳

　　②受診の理由：

　　③診断名（あれば）：

（２）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：

１７．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

　　　４．　　　　　　　　　　　　　　診断された年齢：　　　　歳

　　　５．　　　　　　　　　　　　　　診断された年齢：　　　　歳

　　　６．　　　　　　　　　　　　　　診断された年齢：　　　　歳

　　　７．　　　　　　　　　　　　　　診断された年齢：　　　　歳

　　②服薬している薬品名

　　　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

　　　５．　　　　　　　　　　　　　　服薬を開始した年齢：　　　　歳

　　　６．　　　　　　　　　　　　　　服薬を開始した年齢：　　　　歳

　　　７．　　　　　　　　　　　　　　服薬を開始した年齢：　　　　歳