

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 機械一般 ・ S-10 夏隊

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、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。インフルエンザ・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	mm Hg ~	mm Hg
低血圧と言われた時	歳	mm Hg ~	mm 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○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事が頻繁にありますか？ 有 (1日に 回程度) 無

上記に関連して、呼吸器内科で睡眠時無呼吸症候群の検査を受けたことがありますか？

→有 (診察結果：) 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※ 飲めない

※飲もうと思えば飲めるが・・・、前は飲んでいたが今は・・・など含みます
「飲む」に○をつけた方は、次の①～③にも回答してください。

①頻度

ほぼ毎日、週に3～4回、週に1～2度、機会があれば

②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(_____)

③飲酒の際、量はどのくらい飲みますか。(例: ビール 350ML 缶 2本など具体的に記入してください)

平均的な量 _____
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。

毎日吸う 時々吸う 以前吸っていたが今は吸っていない 吸わない

「毎日吸う、時々吸う」に○を付けた方は、次の①②③④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時々の方は、頻度と本数を教えて下さい _____

④南極出張にあたり、禁煙の勧めがあったらどうしますか?

やめない(やめれない) やめたいと思う やめる 今は分からない

(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

「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 から _____ 歳 くらいまで

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