

Do KAWASAKI 健康自己申告書

- ① 医師の診断書をご提出して頂く場合があります。
- ② 年1回は必ず健康診断を受ける様にしてください。
- ③ 運動をする際は体調管理に留意し、各自の責任において行ってください。

Q1 過去に下記の病気にかかった事がありますか？ はい・いいえ

「いいえ」と答えた方は、Q2にお進みください

心臓疾患	1、ない 2、ある 発病時期 年 月頃	・不整脈 ・狭心症 ・心筋梗塞 ・心房中隔欠損症 ・その他()
脳疾患	1、ない 2、ある 発病時期 年 月頃	・てんかん ・脳出血 ・脳血栓 ・脳梗塞 ・脳軟化症 ・その他()
めまい	1、ない 2、ある 発病時期 年 月頃	・一過性脳虚血発作 ・貧血 ・メニエール病 ・わからない ・その他()
肺・気管支疾患	1、ない 2、ある 発病時期 年 月頃	・肺気腫 ・肺結核 ・気管支炎 ・気管支喘息 ・その他()
その他	1、ない 2、ある 発病時期 年 月頃	病名

Q2 現在、からだに痛みがあるところがありますか？ はい・いいえ

「いいえ」と答えた方は、Q3にお進みください

腰部痛	1、ない 2、ある 発病時期 年 月頃	疾患名
膝関節痛	1、ない 2、ある 発病時期 年 月頃	疾患名
肩関節痛	1、ない 2、ある 発病時期 年 月頃	疾患名
その他	1、ない 2、ある 発病時期 年 月頃	疾患名

Q3 現在、皮膚感染症などにかかっていますか？ はい・いいえ

「はい」と答えた方は、下記に疾患名をご記入ください。

疾患名

Q4 現在、病気などの治療で通院されていますか？ はい・いいえ

「はい」と答えた方は、下記に疾患名をご記入ください。

疾患名

Q5 また現在、病気などの治療ため服薬している薬があればご記入ください。

服薬名

※ 本紙で得た個人情報については、個人情報保護法に基づき取扱わせていただきます。

以上、事実と相違ない事を申告します。

年 月 日 氏名