

## ボランティア 健康状態申請書

1	現在の健康状態はいかがですか？ 1) 良い 2) 普通 3) 時々、調子が悪い 4) 悪い
2	現在、何らかの疾患で治療を受けていらっしゃいますか？ はい 疾患名 ( ) 治療薬 ( ) いいえ
3	いままでに通院または入院するような病気になったことがありますか？ はい 疾患名 ( ) いいえ
4	麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎にかかったことがありますか？ 1) 麻疹： はい ・ いいえ → (ワクチン接種は受けましたか？： はい ・ いいえ) 2) 水痘： はい ・ いいえ → (ワクチン接種は受けましたか？： はい ・ いいえ) 3) 風疹： はい ・ いいえ → (ワクチン接種は受けましたか？： はい ・ いいえ) 4) 流行性耳下腺炎 はい ・ いいえ → (ワクチン接種は受けましたか？： はい ・ いいえ)
5	アレルギーの既往はありますか？ はい : 食べ物・薬 など (もしわかれば具体的に： ) いいえ
6	過去1年間に健康診断を受けたことがありますか？ はい ( 年 月頃) いいえ  1) はいの方にお聞きします。何か異常を指摘されましたか？ はい いいえ (もしわかれば具体的に： )  2) 胸部X線検査を実施しましたか？ はい いいえ はいの方にお聞きします。その時の胸部X線検査の結果はどうでしたか？ 異常なし 所見あり  3) その時の健康診断の結果を現在お持ちですか？ はい いいえ

以上のとおり相違ないことを申し出ます。

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_