

健康診断書

「帆船海王丸遠洋体験航海」兼「マスト登り体験プログラム」参加希望者用

氏 名	(ふりがな)	性別	血液型	生年月日	年齢
		男・女		S・H	
				年 月 日	歳
現住所 〒					
TEL					

■ 本健康診断書は「帆船海王丸遠洋体験航海」にて実施する「マスト登り体験プログラム」に参加を希望する際の参加基準にも適用されます。

■ 遠洋体験航海の体験内容につきましては、別添「体験航海内容の説明資料」をご参照ください。

■ 「マスト登り体験プログラム」の参加に必要な身体基準は別添「マスト登り体験プログラムの説明資料」をご参照下さい。

【本人記入】

①気管支喘息及びアレルギー疾患（アトピー性皮膚炎・食物アレルギー・薬アレルギー等）

有 ・ 無

有の場合

病名等：[例]気管支喘息

時 期 ：[例]10歳から

アレルギー：[例]運動誘発性

発症時の症状及び現在の状況：[例]過激な運動をすると発作がおこる

使用薬品名及び用法：[例]吸入薬 ○○ 発作時

②上記①以外の過去にかかった病気又は通院歴、治療歴（現在治療中のものも含む）

有 ・ 無

有の場合

病名等：[例]腰痛

時 期 ：[例]○年○月から

治療内容：[例]過去に通院 外用薬

現在の状況：[例]経過観察中 長時間座ると痛くなる

③その他、現在の自覚症状や気になる症状

【医師記入】

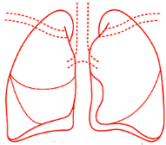
①身長 cm ②体重 kg

③視力 右 , 左 (矯正可)

④色覚 ⑤聴力

⑥握力 右 , 左

⑦医学的検査 ○胸部レントゲン撮影（間接又は直接撮影）



所見

⑧血圧 / ⑨腹囲

⑩心電図（注・・・心電図は40歳以上の者）

⑪尿検査 蛋白 糖

⑫肺活量 (ml)

⑬身体障害 奇形

奇形の有無 有・無

奇形の内容及び程度

四肢の欠損

四肢の欠損の有無 有・無

四肢の欠損の内容及び程度

運動機能 関節の屈伸

手指 できる・できない

手 できる・できない

膝 できる・できない

その他の身体障害 有・無 有の場合 内容及び程度

⑭医師所見

「遠洋体験航海」「マスト登り体験プログラム（希望者）」への参加について支障の有無や、乗船中の船医及び看護師への申し継ぎ事項をご記入ください。

令和 年 月 日

医師の氏名

医療機関の名称及び所在地

印