

健康チェック表

交通 ・ 施設 ・ 雑踏 ・ 貴重品

受講番号		氏名		昭・平	年	月	日
------	--	----	--	-----	---	---	---

※受講番号が不明な場合は空欄可

以下の質問にご回答ください。

① 次の病気になったことがあれば○を付けてください。 狭心症 心筋梗塞 脳梗塞 脳出血 不整脈 糖尿病 高血圧症 高脂血症 痛風 貧血 てんかん その他 ()	
※ ○を付けた病気は現在も治療中ですか？	はい ・ いいえ
※ 発症したのはいつ頃ですか？	(年 月頃) ・ 不明
② 現在、服薬しているものがあれば○を付けてください。 血圧を下げる薬 インスリン注射や血糖を下げる薬 その他 ()	
③ 現在、腰やひざなど痛いところがあれば○を付けてください。 腰 ・ ひざ (右・左) ・ 肩 ・ 腕 (右・左) ・ その他 ()	
※ 次の動作のうち、行うことが難しいものがあれば○を付けてください。 地面にひざを着く 駆け足 腕を垂直に上げる その他 ()	
④ 熱中症または疑われる症状が過去にあった。	はい ・ いいえ
⑤ その他 (上記以外の症状・服薬があればご記入ください)	

受講する皆様の受講中の事故防止及び安全管理の一環として、健康状態について調査を行っております。記載内容については、この講習期間中の健康状態把握以外の目的に使用することはありません。

ただし、講習期間中に体調不良等で救急搬送されるなどの事態が発生した場合には、このチェック表を医療機関または救急隊に提出します。

なお、虚偽の記載によるトラブルについては一切責任を負いかねます。