

## STCW基本訓練 実地訓練 健康状態申告書

STCW基本訓練 実地訓練への参加にあたり、下記項目をご確認の上、チェックおよび署名をお願い致します。  
本用紙の提出のない方および回答内容により本訓練への参加に適さないと判断する場合には、**訓練への参加をお断りする場合がございます。**

質問事項	はい	いいえ	「はい」の場合、何をいつ？
最近病院にかかったり、外科的な治療を受けた。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
過去12ヶ月以内に病気や健康状態に異常をきたしたり、事故に遭った事がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
職場において、健康状態が理由で軽作業に配置されている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
頭痛がある、または平衡感覚、聴覚に異常がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
喉の痛みや咳がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
息切れ、呼吸に問題がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
胸痛の経験がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
関節の脱臼の経験がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
高所、閉鎖空間、水に対して恐怖症がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
泳げない、または泳ぎが得意ではない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
訓練開始24時間以内に、何らかの薬を服用する予定である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
薬やアルコール、その他に対してアレルギーがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
食品に対してアレルギーがある。(弁当のメニューを変更します。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
妊娠中である。(女性のみ。「はい」の場合、妊娠何ヶ月かを記入)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
以下を患っているもしくは既往歴がある。	はい	いいえ	「はい」の場合、何をいつ？
呼吸器系疾患(アレルギー、喘息、気管支炎、結核、その他)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
循環器系疾患(心臓発作、狭心症、血栓症、静脈炎、その他)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
消化器系疾患(胃炎、潰瘍、B型・C型肝炎、その他)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
泌尿器系疾患(感染症、腎臓結石、その他)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
代謝性疾患(糖尿病、貧血、肥満、その他)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
骨疾患(骨折、脱臼、椎間板ヘルニア、関節炎、リウマチ、その他)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
神経疾患(てんかん、うつ病、その他)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
皮膚疾患(白癬、毛囊炎、ヘルペス、その他)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
眼病(近視、その他)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
静脈瘤(血行不良、静脈炎)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
脱腸、痔、瘻孔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
その他、訓練全般を実施する事を制限するような肉体的・精神的な症状または訓練を実施する上で不安なことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

私は、上記の各項目について確認し、内容に相違ないことを申告します。

日付    令和    年    月    日

氏名 \_\_\_\_\_