

## 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。			
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。			
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。			
頭痛がある、または平衡感覚、聴覚に異常がある。			
喉の痛みや咳がある。			
息切れ、呼吸に問題がある。			
胸痛の経験がある。			
関節の脱臼の経験がある。			
高所、閉鎖空間、水に対して恐怖症がある。			
泳げない、または泳ぎが得意ではない。			
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。			
薬やアルコール、その他に対してアレルギーがある。			
妊娠中である。(女性のみ。「はい」の場合、妊娠何ヶ月かを記入)			
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)			
循環器系疾患(心臓発作、狭心症、血栓症、静脈炎、その他)			
消化器系疾患(胃炎、潰瘍、B型・C型肝炎、その他)			
泌尿器系疾患(感染症、腎臓結石、その他)			
代謝性疾患(糖尿病、貧血、肥満、その他)			
骨疾患(骨折、脱臼、椎間板ヘルニア、関節炎、リウマチ、その他)			
神経疾患(てんかん、うつ病、その他)			
皮膚疾患(白癬、毛囊炎、ヘルペス、その他)			
眼病(近視、その他)			
静脈瘤(血行不良、静脈炎)			
脱腸、痔、瘻孔			
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。			

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

---