

## 健康状態報告書

氏名		生年月日	平成	年	月	日
住所				連絡先( )		
血液型	A B AB O	RH ( + - )	性別	男 女		

「はい」と答えた場合は、右欄に医療機関名を記入してください。

				医療機関名
現在の健康状態	1	病気やケガで医師の治療や指導を受けている。	はい・いいえ	
	2	病気やケガのため診療・検査等を進められている。	はい・いいえ	
	3	持病がありますか。 「はい」と答えた方(傷病名 )	はい・いいえ	
過去5年以内の健康状態	下記の病気やケガで7日以上の治療を受けたことがありますか。			
	4	心臓・血圧・血管の病気 「はい」と答えた方(傷病名 )	はい・いいえ	
	5	肺・気管支の病気 「はい」と答えた方(傷病名 )	はい・いいえ	
	6	目・耳・鼻の病気 「はい」と答えた方(傷病名 )	はい・いいえ	
	7	上記以外の病気又はケガ等 「はい」と答えた方(傷病名 )	はい・いいえ	
その他	8			

注意してほしいことや要望等があれば記入してください。

○個人情報の利用及び提供について

会員の個人情報の利用につきましては、本来の目的の範囲を超えて使用することはありません。(会員が指名された以外の第三者に提供することはありません。)