ボランティア　健康状態申出書

1　現在の健康状態はいかがですか？ 　　1）良い　　2）普通　　3）時々、調子が悪い　　4）悪い
2　現在、何らかの疾患で治療を受けていらっしゃいますか？ 　　はい　　疾患名（　　） 　　治療薬（　　） 　いいえ
3　いままでに通院または入院するような病気になったことがありますか？ 　　はい　　疾患名（　　） 　いいえ
4　麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎にかかったことがありますか？ 1）麻疹：　はい　　いいえ→（ワククチン接種は受けましたか？：　はい　いいえ） 2）水痘：　はい　　いいえ→（ワククチン接種は受けましたか？：　はい　いいえ） 3）風疹：　はい　　いいえ→（ワククチン接種は受けましたか？：　はい　いいえ） 4）流行性耳下腺炎：　はい　　いいえ→（ワククチン接種は受けましたか？：　はい　いいえ）
5　アレルギーの既往はありますか？ 　　はい　：食べ物・薬　など 　　（もしわかれば具体的に　　） 　いいえ
6　過去１年間に健康診断を受けたことがありますか？ 　　はい（　　年　　月頃）　　いいえ 1）はいの方にお聞きします。何か異常を指摘されましたか？ 　　はい　　いいえ （もしわかれば具体的に：　　） 2）胸部Ｘ線検査を実施しましたか？　　はい　　いいえ 　　はいの方にお聞きします。その時の胸部Ｘ線検査の結果はどうでしたか？ 　　異常なし　　所見あり 3）その時の健康診断の結果を現在もお持ちですか？ 　　はい　　いいえ 　　以上のとおり相違ないことを申し出ます。 　　年　　月　　日 　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

川崎市立川崎病院ボランティア委員会