

## 健康アンケート / Health Questionnaire

No. \_\_\_\_\_

この度は、MITSUI OCEAN FUJIにお申込みをいただきまして、誠にありがとうございます。

ご参加されるお客様の快適なご旅行、また円滑なクルーズ実施のために、健康状態についてご記入をお願いいたします。

ご記入日 <small>(Date filled in YY/MM/DD)</small>	年 月 日	お申込み 旅行会社名			
出発日・クルーズ名 <small>(Date of departure)</small>	年 月 日 発 (乗船期間: 日間)				
お名前 (Name)			歳 (Age)	男性(M) ・ 女性(F)	
ご同行者 (companion)	人	ご同行者との関係 <small>(Relationship)</small>		ご同行者の年齢 <small>(Age of companion)</small>	歳 (Age)

### (1) 日常生活において、介助、介護やお手伝いが必要な場面がありますか。

Do you need assistance, nursing care, or help in your daily life?

No  Yes [ 歩行/Walk ・ 着替え/Change ・ 入浴/Bathe ・ その他/Others ]

※「Yes」にチェックを入れた方 → 乗組員はお手伝いできません。必要な介助は同行者をお願いいたします。

了承しました(ご同意の上、必ずチェックをお願いします)。

\* Those who checked “Yes” → Crew members cannot assist with daily living activities. Please have your companion provide any necessary assistance.  I understand and agree (Please check this box to confirm your agreement).

### (2) 車いすを利用される方にお尋ねします。/We would like to ask people who use wheelchairs.

ご自身の車いすを持込む/ Bring your own wheelchair  車いすの貸出を希望する/ Request for wheelchair

※車いすを持込される方は、車いすの種類と伸展時のサイズをお知らせください。

\* If you are bringing a wheelchair, please let us know the type of wheelchair and its size when extended.

標準型/Standard type  リクライニング型/Reclining type  その他/Others [具体的に: ]

サイズ 全長/Length( )cm / 全幅/Width( )cm / 全高/Height( )cm

※船内でご利用いただける車いす: 全長 120cm 以内・全幅 70cm 以内・全高 109cm 以内・重量 20 kg 以内

\* Wheelchairs available for use on board: Length 120 cm or less, width 70 cm or less, height 109 cm or less, weight 20 kg or less

### (3) 現在、以下の病気で治療中や定期的な通院をしていますか。

Are you currently undergoing treatment or regular hospital visits for any of the following illnesses?

進行・再発がん/Progressive/recurrent cancer

[病名/Disease name: ] [治療内容(服薬: 有・無)/Treatment details: ]

酸素濃縮器や酸素ボンベの利用/Use of oxygen concentrators and oxygen cylinders

[病名/Disease name: ] [治療内容(服薬: 有・無)/Treatment details: ]

腹膜透析療法/Peritoneal dialysis therapy

※血液透析を受けている方はご乗船できません/Those undergoing hemodialysis are not permitted to onboard.

糖尿病/Diabetes [インスリン自己注射/Self-injection:  No  Yes (投薬開始/Start of medication: 年 月)]

精神疾患/Mental illness

[病名/Disease name: ] [治療内容(服薬: 有・無)/Treatment details: ]

認知症/Dementia [治療内容(服薬: 有・無)/Treatment details: ]

(裏面も必ずご記入ください)

(4) (3)で回答した治療中の病気で不安なことや、知っておいた方がよいと思われることがあれば、お知らせください。

Please let us know if there are any concerns regarding the illness you are currently being treated for (as answered in (3)), or if there is anything else you think we should be aware of.

※直接詳しい内容をお伺いする場合がありますので、あらかじめご了承ください。

(5) 掛りつけの医師がおられる場合は、連絡先(電話番号、Eメール)をご記入ください。

If you have a regular doctor, please provide their contact information (phone number, email address).

● 病院名/Hospital Name: \_\_\_\_\_ ● 主治医/Attending physician: \_\_\_\_\_

● 電話番号/TEL: \_\_\_\_\_ ● メールアドレス/Email address: \_\_\_\_\_

※船医がお客様の主治医に直接詳しい内容をお伺いする場合がありますので、あらかじめご了承ください。

\* Please note that we may contact your primary care physician directly for detailed information.

<b>重要</b>	<b>投薬を受けられている場合は、薬剤情報提供書またはお薬手帳のコピーを必ずご提出ください。</b> 服薬がない場合は、治療内容の欄に「服薬なし」とご記入ください。 クルーズ期間中を通して必要な薬は、必ずご自身にてご持参いただきますようお願いいたします。
-----------	---



0120-791-211 (無料) 携帯電話から 03-4446-7532 (有料)  
営業時間 (月~金) 10:30~17:00 ※土・日・祝日はお休みとなります。