

健康状態のチェック

記述日：平成____年__月__日

氏名 _____ 性 ____ 生年月日 _____ 年 __ 月 __ 日 ____ 歳
(年齢は平成16年4月1日現在の満年齢)

以下の質問について、当てはまるものの番号を○印で囲んでください。また、必要に応じて、() 内に記述してください。

I. 現在、体の具合の悪いことがありますか (体調が悪いですか)。

1. はい 2. いいえ

「はい」と答えた方は、以下の質問にも答えてください。

○どのような点ですか、以下から選んでください。

1. 熱がある 2. 頭痛がする 3. 胸痛がある
4. 胸がしめつけられる 5. 息切れが強い 6. めまいがする
7. 強い関節痛がある 8. 睡眠不足で非常に眠い 9. 強い疲労感がある
10. その他 (_____)

II. 生まれてから現在までに、何か病気をしましたか (特に内科的疾患)。

1. はい 2. いいえ

「はい」と答えた方は、以下の質問にも答えてください。

○どのような病気ですか、以下から選んでください。

1. 狭心症または心筋梗塞 2. 不整脈 (病名: _____)
3. その他の心臓病 (病名: _____) 4. 高血圧症
5. 脳血管障害 (脳梗塞や脳出血) 6. 糖尿病 7. 高脂血症
8. 貧血 9. 気管支喘息
10. その他 (_____)

○薬物治療を受けている病気がありますか。

1. はい 2. いいえ

「はい」と答えた方は以下にも答えてください。

(病名: _____)

分かれば服用している薬の名前を記述してください。

(薬剤名: _____)

III. 以下の項目を測定し、記述してください (現在の値を)。

○脈拍数 _____ 拍/分

○血 圧 _____ / _____ mmHg