

## 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。

○どういう点ですか、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