

資料 1

健康状態のチェック

記述日：令和____年____月____日

氏名_____性____生年月日____年____月____日

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

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下さい。

○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下さい。

○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（脳硬塞や脳出血） 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はありますか。

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下さい。

（病名：_____）

分かれば服用している薬の名前を記述して下さい。

（薬剤名：_____）

III. 以下の項目を測定し、記述して下さい（現在の値を）。

○脈拍数____拍/分

○血圧____/____mmHg