

## 健康状態のチェック

確	認

記述日：令和 年 月 日

氏名\_\_\_\_\_ 性別 男・女 生年月日 年 月 日 歳  
(年齢は調査実施日現在の満年齢)

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. 狹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: )