

## 健康状態のチェック

記述日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

氏名 \_\_\_\_\_性 \_\_\_\_\_生年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 \_\_\_\_歳  
(年齢は調査実施年度の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