

THANK YOU!

氏名 \_\_\_\_\_



## 健康に関するアンケート

安全に施設をご使用いただくために、ご記入をお願いいたします。

(1) 過去にかかったことのある病気、けが等について .....

- |                                  |                                |                                     |                              |                               |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心臓病     | <input type="checkbox"/> 脳卒中   | <input type="checkbox"/> 気管支喘息      | <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 高血圧症 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病     | <input type="checkbox"/> 結核性疾患 | <input type="checkbox"/> 高コレステロール血症 |                              |                               |
| <input type="checkbox"/> 伝染性疾患   | <input type="checkbox"/> てんかん  | <input type="checkbox"/> ひきつけ       | <input type="checkbox"/> 骨折  | <input type="checkbox"/> 脱臼   |
| <input type="checkbox"/> アキレス腱切断 | <input type="checkbox"/> むち打ち  | <input type="checkbox"/> その他 ( )    |                              |                               |

(2) 現在加療中の病気、けが等について .....

- |                               |                                     |                                |                              |                                  |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心臓病  | <input type="checkbox"/> 脳卒中        | <input type="checkbox"/> 気管支喘息 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 高血圧症    |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病  | <input type="checkbox"/> 高コレステロール血症 | <input type="checkbox"/> 伝染性疾患 |                              |                                  |
| <input type="checkbox"/> てんかん | <input type="checkbox"/> ひきつけ       | <input type="checkbox"/> 骨折    | <input type="checkbox"/> 脱臼  | <input type="checkbox"/> アキレス腱切断 |
| <input type="checkbox"/> むち打ち | <input type="checkbox"/> その他 ( )    |                                |                              |                                  |
- 主治医 (                      病院                      先生)

(3) 現在の体調について .....

- |       |                                |                             |                               |
|-------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. 睡眠 | <input type="checkbox"/> よく眠れる | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 寝不足  |
| 2. 食欲 | <input type="checkbox"/> ある    | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> ない   |
| 3. 疲労 | <input type="checkbox"/> ない    | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> ある   |
| 4. 通便 | <input type="checkbox"/> 快調    | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> よくない |

(4) 自覚症状について .....

- |                                 |                                |                                       |                                 |
|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 身体がだるい | <input type="checkbox"/> 痰が多い  | <input type="checkbox"/> 咳がよくでる       | <input type="checkbox"/> 肩がこる   |
| <input type="checkbox"/> 胃がおもい  | <input type="checkbox"/> 腰が痛い  | <input type="checkbox"/> 関節が痛む        | <input type="checkbox"/> 高血圧である |
| <input type="checkbox"/> 胸痛がある  | <input type="checkbox"/> 腹痛がある | <input type="checkbox"/> めまいや立ちくらみがする |                                 |

(5) 現在、医師から運動の制限をうけていますか .....

- いいえ     はい

(6) 現在、服用している薬はありますか .....

- いいえ     はい

服用している薬 (                      )                      例：血圧の薬