

## 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: )