

【個人情報保護に関して】お申込いただいた個人情報は、当施設のみで利用し、この目的以外での利用は致しません。

☆該当する項目に○をつけてください☆

### ●現病歴ならびに既往歴

かかったことがある…1 現在かかっている…2 かかったことがない…3

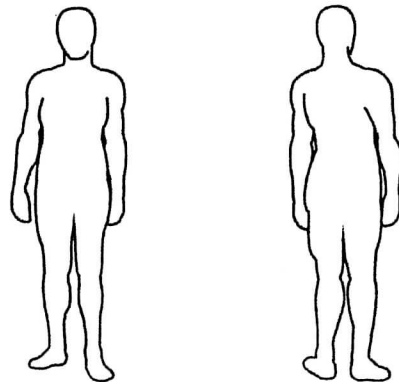
1.脳卒中	1・2・3	10.高血圧	1・2・3
2.肺疾患	1・2・3	11.糖尿病	1・2・3
3.肝疾患	1・2・3	12.高コレステロール	1・2・3
4.喘息	1・2・3	13.高尿酸血症	1・2・3
5.リュウマチ	1・2・3	14.貧血	1・2・3
6.心筋梗塞	1・2・3	15.アレルギー疾患	1・2・3
7.狭心症	1・2・3	16.外科的疾患	1・2・3
8.不整脈	1・2・3	17.骨粗鬆症	1・2・3
9.腎疾患	1・2・3	18.その他	1・2・3

### ●服薬中の薬名の記入をお願いします。

### ●外科的自覚症状

チェックをつけてください。

- 印 … ケガをした事がある、  
痛くなった事がある部位
- ×印 … 現在痛みのある部位



### ●自覚症状

よくある…1 ある…2 ない…3

急にめまいがしたり、立ちくらみすることがある	1・2・3
ちょっとした坂道でも胸がドキドキしたり息切れがする	1・2・3
胸がしめつけられるような感じや痛みがある	1・2・3
脈が途切れたり、不規則なことがある	1・2・3
手足のしびれがある	1・2・3
体がだるく疲れたような感じがする	1・2・3
食欲不振である	1・2・3
食後、胃がもたれる	1・2・3
ひどく喉が渇く	1・2・3

### ●生活状況

よくある…1 ある…2 ない…3

ストレスを感じる	1・2・3	食事の回数時間が不規則	1・2・3
寝つきが悪い	1・2・3	アルコールを毎日飲む	1・2・3
食欲がない	1・2・3	食べ物の好き嫌いが多い	1・2・3
下痢や便秘をする	1・2・3	寝る前の飲食が多い	1・2・3
気持ちが不安定	1・2・3	食事にあまり気を使わない	1・2・3

### ●家族歴

父母…1 兄弟姉妹…2 その両方…3

1. 脳卒中	1・2・3	6. 結核・肋膜炎	1・2・3
2. 心臓疾患	1・2・3	7. 肝臓疾患（肝炎・肝硬変）	1・2・3
3. 高血圧	1・2・3	8. がん	1・2・3
4. 糖尿病	1・2・3	9. アレルギー疾患（喘息等）	1・2・3
5. 脂質異常症	1・2・3	10. 原因不明の突然死	1・2・3

### ●運動の1番の目的は何ですか？

---