健康に関する自己申告書

お名前

下記のとおり、健康に関する内容を自己申告し参加します。

1. 既往症・・・今までかかったことがある病気、あるいは現在かかっている病気があればご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分病名 | 脳卒中 | 心筋梗塞 | 狭心症 | 心電図異常 | 心臓弁膜症 | その他心臓病 | 高血圧 | 脂質異常症（高脂血症） | | 糖尿病 | 肝疾患 | 胃疾患 | 胃・十二指腸潰瘍 | 貧血 |
| 過　去 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 現　在 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 発症年齢 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 区分病名 | 肺結核 | 喘息 | 関節炎・関節リュウマチ | | その他  （　　　　　） | | |  | 備考 | | | | | |
| 過　去 |  |  |  | |  | | |  |
| 現　在 |  |  |  | |  | | |  |
| 発症年齢 |  |  |  | |  | | |  |

1. 服薬状況・・・現在飲まれているお薬があればご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |
|  | はい | いいえ | お薬の種類又は名称 |
|  | | | |

1. 自覚症状・・・現在何か自覚症状があれば該当箇所に○をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 頭が重かったり痛むことがある |  | 12 | 急にめまいや、立ちくらみがする |  |
| 2 | 舌がもつれると感じたことがある |  | 13 | 朝や出勤時に疲労感を覚える |  |
| 3 | 忘れ物をよくする |  | 14 | 食欲がない |  |
| 4 | 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 |  | 15 | 眠れない時が多い |  |
| 5 | 胸が締めつけられるような感じや痛みを感じることがある |  | 16 | 食後に胃がもたれる |  |
| 6 | 脈がとぎれたり、不規則に打つことがある |  | 17 | 便秘がちである |  |
| 7 | 尿が頻繁にでたり、夜間にも２回以上トイレに行く |  | 18 | 手足にしびれを感じることがある |  |
| 8 | ひどく喉が渇く |  | 19 | 首に肩にこりがある |  |
| 9 | 足にむくみがよくみられる |  | 20 | 肩に痛みがある |  |
| 10 | 身体がだるく疲れた感じがある |  | 21 | 腰に痛みがある |  |
| 11 | 耳鳴りに悩まされることがある |  | 22 | その他 |  |

※個人情報は厳重に管理させていただきます