

健康診断問診票

町内会名()

男 大正

氏名 女 姓 昭和 年 月 日

住所 (〒411-) 長泉町

連絡先 Ⅲ (自宅) Ⅲ (その他)

以前かかった大きな病気 (いつごろ、どんな)

ケガ (")

手術 (")

過去一年間の健康状態は (良い・悪い・普通・心配なことがある)

治療中の病気はありますか : ない)

: ある (病名) 中断中 ()

*自覚症状 : あてはまるものに○をつけてください。

- 疲れやすい
- 手足が冷える
- よく頭痛がする
- 首筋や肩がこる
- 咳や咳がよくでる
- 顔や手足が痛む
- 下痢・便秘をし易い
- めまえがする
- 眠れない事がある
- 耳鳴りがする
- 階段を上ると息切れがする
- 心臓の動悸ひどくなる事がある
- 腰が痛む
- 耳鳴りがする
- 胸が締めつけられるよう痛む事がある
- けいれんして落ち着かない事がある