

問診表

ご記入日： 年 月 日

氏名： 年齢： (会員番号)

以下の質問について、該当するものに○を付し、必要事項に記入をお願いします。

(1)健康状態について①	ご自分の健康についてどう感じていますか？ ①かなり良い ②やや良い ③ふつう ④やや悪い ⑤悪い
(2)健康状態について②	この1年間に、健康診断を受けましたか？ 1. はい 2. いいえ (1. はい、の方にお聞きします。結果はいかかでしたか？) 1. 異常なし 2. 異常あり (異常項目：)
(3)既往歴	以前又は現在、下記に該当するものがあれば○印をつけてください。 1. 高血圧症 2. 糖尿病 3. 脂質異常症 4. 心臓病 5. 整形外科疾患 (肩・頸・脊柱・腰・股関節・膝関節・その他) 6. 脳卒中 7. 肝臓病 8. 痛風 9. 腎臓病 10. 気管支炎 11. 肺疾患 12. 甲状腺疾患 13. ガン 14. 婦人科疾患 15. 精神障害 16. 自律神経失調症 17. リウマチ 18. その他 ()
(4)入院歴	今まで入院されたことがある方にお聞きします。 何歳ごろ () どのような病気 ()
(5)注意事項	運動にあたり注意してほしい事や気をつけてほしいことありますか？

自覚症状チェック 該当する番号に○をつけてください。

1.	胸、首、あご、腕の痛み	1.ない 2.たまにある 3.時々ある 4.よくある 5.いつもある
2.	安静時や少しの運動で胸痛	1.ない 2.たまにある 3.時々ある 4.よくある 5.いつもある
3.	めまいやふらつき	1.ない 2.たまにある 3.時々ある 4.よくある 5.いつもある
4.	普通の動きで異常な息切れ	1.ない 2.たまにある 3.時々ある 4.よくある 5.いつもある
5.	動悸や頻脈	1.ない 2.たまにある 3.時々ある 4.よくある 5.いつもある
6.	夜中に突然呼吸が苦しくなる	1.ない 2.たまにある 3.時々ある 4.よくある 5.いつもある
7.	手足のむくみ	1.ない 2.たまにある 3.時々ある 4.よくある 5.いつもある

日常生活についてのご回答をお願いします 該当する番号に○をつけてください。	
(1)身体活動について①	1. ほとんど家に1日中座っていることが多い 2. 仕事や家事、趣味などで少し身体を動かしている 3. 仕事や家事などでほとんど立っている 4. よく身体を動かしている
(2)身体活動について②	1. 移動は（徒歩・自転車・車・電車・バス）を使っている 2. 階段はたいてい（階段・エレベーターやエスカレーター）を使う
(3)運動習慣について	1. 定期的に運動している（1回 分、週に 回） 2. とくどき運動している（1回 分、週に 回） 3. 運動はしていないが、毎日 分程度歩いている 4. 運動していない（何年もしていない）
(4)食事について	1. 1日の食事は（朝食・昼食・夕食）の 回である 2. 食事をとる時間は（ほぼ一定・バラバラの時間）である 3. 間食や夜食は（取る・ほぼ取らない・全然取らない） 4. 味付けは（薄い・普通・濃い）方である 5. 牛乳やヨーグルトなどの乳製品を1日に一品は（取る・取らない）
(5)アルコールについて	アルコールは飲みますか？（飲む・飲まない） 飲む量：1回 ml、週 回
(6)タバコについて	タバコは吸いますか？（吸う・吸わない） 吸う本数： 歳ころから1日 本、吸っている
(7)睡眠について	1. 睡眠の感じはどうか？（良く寝られる・眠れない） 2. 起床後の疲労感はどうか？（ある・時々ある・ない） 3. 睡眠平均時間はどのくらいですか？ 平均 時間

初回チェック			
項目	測定値	項目	測定値
身長	cm	安静時心拍数	拍/分
体重	Kg	目標心拍数	拍/分
BMI			
体脂肪率	%		

* ご不明な部分は空欄でも結構です。ご記入のほど、宜しくお願い致します。

メディカル&フィットネスセンター
 メディフィット回生会