

## 健康に関する問診

氏名	年齢	受験番号
----	----	------

1	今まで健康診断のとき、又は医師から心臓が悪い、雑音がある、その他の心臓病があると言われたことがありますか。	はい	いいえ
2	家族や親戚に心臓病の人がいますか。	はい	いいえ
	<u>病名記入</u>		
3	少しの運動や、階段を上る（3段くらい）、坂道を歩く、入浴をするなどのとき、息切れがしたり、心臓がドキドキしたりすることがありますか。	はい	いいえ
4	わずかなことで、疲れることがありますか。	はい	いいえ
5	脈が乱れることがありますか。	はい	いいえ
6	胸部に圧迫感や痛みを感じたことはありますか。運動後このような状態になったことがありますか。	はい	いいえ
7	マラソンなどの持久走で顔面蒼白となったり、意識不明になったりしたことがありますか。	はい	いいえ
8	血圧が高いと言われたことがありますか。	はい	いいえ
9	血圧が特に低いと言われたことがありますか。	はい	いいえ
10	関節痛、筋肉痛がありますか。	はい	いいえ
11	よく、めまいがおこりますか。	はい	いいえ
12	気を失ったことがありますか。	はい	いいえ