

問 診 票

※体力測定当日に測定します。

太枠内を記載の上、体力測定当日に持参してください。

受験番号	性別	ふ り が な	
		氏 名	

血 圧 測 定	最 高	
	最 低	
脈 拍		

※ 性別は体力測定の実施に関して必要な情報となりますので、必ず男女の別を記載してください。

1	今までに健康診断のとき、又は医者から心臓が悪いとか、雑音があるとか、 の他の心臓病があるなどとい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。	病 名 記 入	は い	いいえ
3	少しの運動や、階段を登る（3階くらい）、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がありますか。運動後この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	血圧が高いといわれたことがありますか。		は い	いいえ
9	血圧が特に低いといわれたことがありますか。		は い	いいえ
10	関節痛、筋肉痛がよくありますか。		は い	いいえ
11	よくめまいがおこりますか。		は い	いいえ
12	気を失ったこと又は痙攣をおこしたことがありますか。		は い	いいえ
13	手術をしたことがありますか。	病 名 記 入	は い	いいえ