

トレーニング参加質問票

記入日 20 年 月 日

フリガナ

氏名 _____ (男・女) (大正・昭和) 年 月 日生 歳

現在の病気や身体状況(一部は過去も含む)についてお聞きします。

当てはまるものに○をつけて、必要なところに記入してください。

1	喫煙	なし	あり(本/1日)	
2	血縁者に心臓病や脳卒中・糖尿病・高血圧症・高脂血症になった人がいますか。	いいえ	はい(誰が (病名	わからない
3	高血圧	なし	あり→(投薬 あり・なし	わからない
4	糖尿病(境界型を含む)	なし	あり→(投薬 あり・なし	わからない
5	脂質代謝異常(高脂血症)	なし	あり→(投薬 あり・なし	わからない
6	不整脈	なし	あり→(投薬 あり・なし	わからない
7	心疾患(狭心症、心筋梗塞、心房細動など)	なし	あり→(投薬 あり・なし	わからない
			過去にあり(病名	
8	脳血管障害(脳梗塞、脳出血、動脈硬化など)	なし	あり→(投薬 あり・なし	わからない
			過去にあり(病名	
9	貧血	なし	あり→(投薬 あり・なし	わからない
10	気管支喘息	なし	あり→(投薬 あり・なし	わからない
11	骨粗しょう症	なし	あり→(投薬 あり・なし	わからない
12	変形性関節症	なし	あり→(投薬 あり・なし	わからない
13	心臓・脳・呼吸器・血管系・整形疾患で手術を受けたことがありますか。	いいえ	はい(いつごろ/どんな手術	
14	上記以外の疾患	なし	あり→(病名	
15	3から14の疾患で内服している方は薬品名を記入してください。		薬品名	
16	かかりつけ医はいますか。 トレーニングについて相談しましたか。	いいえ いいえ	はい(病院名 はい	
17	骨・関節・筋肉に痛みがありますか。	なし	あり(どこが	
18	胸の痛みや不快感、どうき息切れ、脈の乱れを感じることがありますか。	なし	あり	
19	めまいや気を失ったりすることがありますか。	なし	あり	
20	不眠、不安、強いストレスがありますか。	なし	あり	
21	運動する習慣はありますか。	なし	あり	
22	(心臓)ペースメーカーを使用していますか。	いいえ	はい	
23	透析治療を受けていますか。	いいえ	はい	
24	介護保険の要介護認定を受けていますか。	いいえ	はい (要支援 1, 2 要介護 1, 2	
25	障害者手帳をお持ちですか。	いいえ	はい (級	