

年 月 日

お名前

あなたの健康状態を教えてください

「はい」とお答えの場合は、具体的な回数を□にチェックして下さい。

●立ちくらみやめまいを起こしたことがありますか
(急に立ち上がった時に、目の前が暗くなったりすることがありますか)

□はい — □ほとんど毎日
□週1~2回
□いいえ □月1~2回

●立っていると気持ち悪くなり、しゃがみ込んだりしたことがありますか

□はい — □ほとんど毎日
□週1~2回
□いいえ □月1~2回

●お風呂で気持ち悪くなったことはありますか
(カラスの行水、ぬるま湯にしか入れなかったことはありますか)

□はい — □ほとんど毎日
□週1~2回
□いいえ □月1~2回

●少し動いただけで心臓がドキドキしたことがありますか
(階段を昇っただけでドキドキしたことはありますか)

□はい — □ほとんど毎日
□週1~2回
□いいえ □月1~2回

●朝なかなか起きられず、午前中調子が悪いことが多いですか
(頭がボーとして、ふとんから起き上がれなかった日はありますか)

□はい — □ほとんど毎日
□週1~2回
□いいえ □月1~2回

あてはまる症状を□にチェックして下さい。

- ☐ 顔色が青白いと言われたことがある
- ☐ とざざ強い腹痛がある
- ☐ しばしば頭痛がある
- ☐ 朝、食欲がない
- ☐ だるい、疲れやすい
- ☐ 乗り物に酔いやすい

