

久留米大学 ストレッチ教室 2024 問診票

記載日 2024 年 月 日

氏名 _____ 年齢 _____

運動に安全にご参加いただくために、あなたの健康状態を確認するための質問です。

お答えいただきました内容について、当日医師からお話を伺う場合があります。

1. 医師から心臓病または心電図異常を指摘されたことがある。 ある・なし

2. 治療中の病気がある。 ある・なし

病名 _____

内服薬 なし あり _____

3. 健康診断などで以下のいずれかを指摘されたことがありますか。 . . . ある・なし

ある方は該当するものに○をつけてください。

高血圧 糖尿病 脂質異常症（血中のコレステロールや中性脂肪が高い）、

メタボリック症候群 不整脈 心電図異常

4. 体を動かすと胸の痛みがある。 ある・なし

5. 過去1か月間の間に胸の痛みがあった。・・・・・・・・・・ ある・なし
6. 1回以上気を失ったり、めまいがして転んだことがある。・・・・ ある・なし
7. 運動時に強い息切れや動悸の症状がある。・・・・・・・・・・ ある・なし
8. 体を動かすと悪化する骨や関節の問題がある。・・・・・・・・・・ ある・なし
9. 医師から血圧や心臓の状態について薬を勧められたことがある。・・ ある・なし
10. 成人していままでに強い運動をしたことがない。・・・・・・・・・・ はい・いいえ
11. 近親者に50歳以下で病気で急死した人がいる。・・・・・・・・・・ ある・なし
12. 2年以上健診を受けていない。・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい・いいえ
13. 喫煙者である。・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい・いいえ

はいの方⇒ 本/日 年間

以上です。ご協力ありがとうございました。

久留米大学病院 循環器病センター

医師 吉田典子