

# 健康状態のチェックシート

この健康チェックシートはファスティングが実施できる健康状態かどうかのために記入していただくものであり、病気の診断目的のものではありません。健康状態が良好な状態でファスティングしていただく必要がありますので、必ず正直にご記入ください。

①健康診断を受けている はい ( 年 月) いいえ

②最近の健康診断で健康状態について指摘された はい ( ) について いいえ

「はい」の方、指摘に対して何からの治療を受けた はい いいえ

③ここ1年間で次のような症状があった

急に胸やのどが苦しくなったり、締め付けられる はい いいえ

めまいがして意識を失いそうになった はい いいえ

急に動悸や脈が速くなってしばらくとまらない はい いいえ

普通ではない息苦しさがある はい いいえ

そのほかの気になる状態がある はい いいえ

(具体的に )

④これまでに次のような指摘をされたことがある

血圧が高い はい ( 年前) いいえ

コレステロールが高い はい ( 年前) いいえ

血糖が高い はい ( 年前) いいえ

尿酸が高い はい ( 年前) いいえ

心筋梗塞・狭心症ほか心臓病 はい ( 年前) いいえ

脳血管疾患 はい ( 年前) いいえ

⑤たばこを吸っている はい いいえ

「はい」の方、ファスティング前後 日間禁煙できる はい いいえ

⑥飲酒をしている はい いいえ

「はい」の方、ファスティング前後 日間断酒できる はい いいえ

⑦今受けている医療がある はい (内科・歯科・外科・その他〔 ) ) いいえ

「はい」の方、現在投薬を受けている はい いいえ

⑧これまで大きな病気をしたことがある はい (病名: / 年前) いいえ

「はい」の方、現在は 完治 経過観察中 ( 年 月頃まで)

⑨女性の方

妊娠している、もしくは妊娠している可能性がある はい いいえ

上記記載内容に間違いや偽りはありません。

年 月 日 お名前

印