

生活状態・ストレスのチェックシート

この生活状態・ストレスの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、病気の検査目的のものではありません。良好な健康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。

頭がすっきりしていない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
眼が疲れる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ときどき鼻づまりすることがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
めまいを感じるすることがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ときどき立ちくらみしそうになる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
耳鳴りがすることがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
しばしば口内炎ができる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
のどが痛くなることが多い	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
舌が白くなっていることが多い	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
今まで好きだったものをそう食べたいとも思わなくなった	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
食物が胃にもたれるような気がする	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
腹がはったり、痛んだりする	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
肩がこる（頭も重い）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
背中や腰が痛くなることがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
なかなか疲れがとれない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
このごろ体重が減った	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
何かするとすぐ疲れる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
朝、気持ちよく起きられないことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
仕事に対してやる気がでない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
寝つきが悪い	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
夢をみることが多い	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
夜中の1時、2時ごろに目がさめてしまう	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
急に息苦しくなることがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ときどき動悸をうつことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
胸が痛くなることがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
よくカゼをひく	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ちょっとしたことで腹が立つ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
手足が冷たいことが多い	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
手のひらやわきのしたに汗の出ることが多い	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
人と会うのがおっくうになっている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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

④