

病歴チェックシート

※当てはまる箇所に☑をお願いします。

4人で1枚記入できます。1人目は①、二人目は②...に☑をお願いします	①	②	③	④
睡眠不足で体調がすぐれない、又は疲れが溜まっています。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心臓のコンディションに関する病歴があります。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
現在、通院していて慢性の病気、服用している薬があります。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
首・背中・腰・四肢に異常があり治療を受けた事があります。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
てんかん発作・けいれん・意識喪失・気絶等の病気があります。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
精神的・神経系の病気、パニック発作にかかったことがあります。また極度の高所恐怖症です。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
基礎疾患がある、または発熱や咳などの風邪症状があります。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他、体調や病歴について気になることがあります。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上記すべてに該当なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>