

こころとからだの健康チェックシート

氏名	
性別	
年齢	
体温	平熱または来院時____度

生活習慣	運動	《 30分以上の運動をする日が週に____日・ない 》
	睡眠	《 1日の平均睡眠時間が____時間 》
	飲酒	《 飲酒をする日が週に____日・ほとんどない 》
	喫煙	《 1日の喫煙本数が____本・吸わない 》

それぞれの項目において、下記の通りに自己評価を書きこんでください。
 《 4:あてはまる・3:ややあてはまる・2:ほぼあてはまらない・1:全くあてはまらない 》

チェック項目	/	/	/	/	/
すぐ疲れる、よく寝ても疲れが取れない					
よく眠れていない					
不安感や焦りを感じる					
緊張しやすくストレスを受けやすい					
理由もなくイライラしやすい					
気が散漫になりやすい					
やる気が出ない					
思考力、判断力が低下した気がする					
息切れがする					
むくみが気になる					
顔がほてる					
汗が止まらない					
手足が冷える					
食欲がない					
胃が痛い、胃がもたれる					
便秘または下痢など便通に異常がある					
肌が荒れている、乾燥している					
めまいや立ちくらみがある					
頭痛や耳鳴りがする					
痛い場所が治りにくい					
その他 ()					
その他 ()					

上記の他に気になる生活習慣の悩みがあれば記載してください