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