

## 健康チェックリスト

次の中であてはまる項目がある方は救護本部で医師の診察を受けてください。

- 極端に寝不足である。 ( はい / いいえ )
- 前日に深酒をしている。 ( はい / いいえ )
- 頭痛がする。 ( はい / いいえ )
- 胸が痛い。 ( はい / いいえ )
- 呼吸が浅い気がする。 ( はい / いいえ )
- 重い持病、疾患を持っている。 ( はい / いいえ )
- 体調が思わしくない。 ( はい / いいえ )
- 気分が悪い。 ( はい / いいえ )
- めまい、立ちくらみがある。 ( はい / いいえ )
- 動悸・息切れがある。 ( はい / いいえ )
- 普段から血圧が高い (薬を服用している方は必ず血圧測定を受けてください。) ( はい / いいえ )
- 疲労感が強い。 ( はい / いいえ )
- 寒冷じんましんにかかったことがある。 ( はい / いいえ )
- 低体温症の経験がある。 ( はい / いいえ )
- 過換気になったことがある。 ( はい / いいえ )
- 失神の経験がある。 ( はい / いいえ )
- 足がつりやすい。 ( はい / いいえ )
- 持病がある。(病名: ) ( はい / いいえ )

氏名: \_\_\_\_\_