

ヘルスチェック表

記入日：平成 年 月 日

氏名：

性別：

年齢：

- | | | | |
|-------------|----|-----------|-----|
| 1. よく眠れない | はい | どちらとも言えない | いいえ |
| 2. 疲れやすい | はい | どちらとも言えない | いいえ |
| 3. 食欲がない | はい | どちらとも言えない | いいえ |
| 4. 頭が痛い | はい | どちらとも言えない | いいえ |
| 5. 性欲がない | はい | どちらとも言えない | いいえ |
| 6. 下痢しやすい | はい | どちらとも言えない | いいえ |
| 7. のどが渇く | はい | どちらとも言えない | いいえ |
| 8. 体重が減った | はい | どちらとも言えない | いいえ |
| 9. めまいがする | はい | どちらとも言えない | いいえ |
| 10. 生理不順がある | はい | どちらとも言えない | いいえ |