

様式4

健康管理問診票

ふりがな		性別
氏名		男・女
入団希望先の所属		

※本問診票は消防団入団時の健康確認のために使用するものであり、他の目的では使用しません。

1	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	はい・いいえ
2	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	はい・いいえ
3	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	はい・いいえ
4	医師から、貧血といわれたことがありますか。	はい・いいえ
5	上記以外の既往歴（手術歴・入院歴）がありましたらご記入下さい。	
6	喫煙状況についてお尋ねします。当てはまるものに○をお付け下さい。 ①（現在たばこを吸っている・過去に吸ったことがある・一度も吸ったことがない） ② 喫煙歴 1日 本位 歳から 歳まで	
7	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週に2日以上、1年以上実施していますか。	はい・いいえ
8	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	はい・いいえ
9	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどれぐらいですか。	毎日・時々 飲まない（飲めない）
10	睡眠で休養が十分にとれていますか。	はい・いいえ
11	※女性の方のみ御記入ください。	
	・現在妊娠中又は妊娠の可能性がありますか。	はい・いいえ
	・未就学児のお子様はいますか。	はい・いいえ