

【健康チェックリスト】 (協力会員用)

氏名 _____

このリストは、加美町ファミリーサポートセンター事業にて使用するものです。
その他には、使用しません。

問1 過去1年間のうちに健康診断等を受けましたか？

- ☐ 受けた・・・後日、健康診断等の写しを提出してください。
(問2の質問へ)
- ☐ 受けていない・・・健康診断等を受けて健康チェックをしましょう。
健康診断等の後に、ファミサポ提供会員登録をしましょう。

問2 「問1で受けた」と答えた方、健康診断等の結果、気になる病気はありましたか？
または、持病はありますか？

- ☐ ある 病名 _____ (問3の質問へ)
- (例：身体の麻痺等、脳卒中、目の病気、ぜん息
統合失調症、うつ病、てんかん、
重度の睡眠障害、再発性の失神、無自覚性の低血糖症)
- ☐ ない

問3 「問2である」と答えた方、医師の投薬、治療を受けていますか？

- ☐ 医師の投薬、治療を受けている。
- ☐ 医師から投薬、治療はまだ必要ないと診断された。

問4 喫煙はしていますか？

- ☐ しない ☐ 今はしていない ☐ している

問5 家族で喫煙している人はいますか？

- ☐ いない ☐ いる (_____)

問6 ファミサポの援助活動で、身体的に心配なことはありますか？

- ☐ ない
- ☐ ある (例：ひざが痛いので、赤ちゃんの抱っこは難しい。)

問7 かかりつけの病院

	病院名	電話番号	住所
内科			
それ以外			

*体調には十分気を付けてください。また、体調に変化があった場合は、お知らせください。