

# 血管年齢検査問診票

氏 名

---

受診日

受診番号

---

以下の質問にお答えください。

---

① 高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療中、または経過観察中ですか？      はい ・ いいえ

高血圧

糖尿病

脂質異常症

「はい」と答えた方は、該当する病名に✓を入れてください。

② たばこを吸いますか？ または、以前たばこを吸っていましたか？      はい ・ いいえ

---

③ 運動時に胸の痛み（胸がしめつけられる・圧迫感・重苦しさなど）を

感じることはありますか？

はい ・ いいえ

---

④ 50～100mほど歩くと、足に痛み、しびれを感じることはありますか？

また、足先が冷たくなったり、白くなることはありますか？

はい ・ いいえ

100m



50m

