

# Pre-Health Checkup Questionnaire (2022)

Health Support Center, Oita University

※Please fill out beforehand

		Date (YYYY/MM/DD)	2022 / /
Student ID Number	Name	Sex	Date of Birth(YYYY/MM/DD)
		M	/ /
Country of birth		F	Age ( )
Current condition	・ Do any parts of your body not feel well today? <b>No</b> ・ <b>Yes</b> (Please specify: ) <u>In case you are experiencing cold-like symptoms or fever, you cannot have a medical check-up today. Please change your reservation date.</u>		
	・ Are you currently suffering from, receiving treatment, or taking medication for any kind of disease or mental health problem? <b>No</b> ・ <b>Yes</b> (Please specify: )		
	・ Do you wish to see a doctor or have a medical consultation at Health Support Center? <b>Yes</b> ・ <b>No</b>		
Medical background	Have you ever been diagnosed with a serious disease, or had surgery, or had mental health problem(s)? No ・ Yes ( )		
Smoking history	No ・ Yes( For [ ] years / [ ] cigarettes day) Type (a. Cigarettes b. E-cigs or "heat-not-burn" tobacco c. Both a & b) Quit( [ ] year(s) ago/ for [ ] year(s)/ [ ] Cigarettes a day)		
Drinking habits	No ・ Yes ( Every day ・ Sometimes )		
Physical activity habits	No ・ Yes ( Every day ・ Sometimes )		
Weight measurement habits	No ・ Sometimes ・ Every day		
<b>Medical questionnaire for novel coronavirus (COVID-19) infection</b>			
Q1. Have you received a COVID-19 vaccine? Yes(Once / Twice) ・ No			
Q2. Have you ever been infected with COVID-19? No ・ Yes ( / (Year/month). Please write down the specific situation )			
Q3. Have you had close contact with someone infected with COVID-19 within the last a month? No ・ Yes ( / (Year/month). Please write down the specific situation )			
<b>Tuberculosis (TB) Screening Questionnaire. Please fill out the form below, and check each applicable item:</b>			
Q1. Have you ever had tuberculosis (e.g. pulmonary TB, TB pleurisy, or cervical gland TB)? No ・ Yes( / (Year/month))			
Q2. Have you ever taken preventive medicine against TB due to a TB infection? No ・ Yes( / (Year/month))			
Q3. Have there been any TB patients among members of your family or co-habitants? No ・ Yes( / (Year/month))			
Q4. Have you been coughing, expectorating phlegm, or had a low-grade fever for more than 2 weeks? No ・ Yes(please describe applicant's symptoms. )			
Q5. Have you ever received the BCG (TB) vaccine? No ・ Yes ・ Unknown			
For woman	Are you on your period?		No ・ Yes
	Is there any possibility you might be pregnant?		No ・ Yes

以下は、健診時に記入します。 Please leave this area blank.

受付サイン	身体計測 Measure and weigh	身長 c m	体重 k g	体温 °C
	内科診察 Medical examination	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見あり _____ 医師印 <input type="checkbox"/> 診断書発行時に考慮		
	胸部X線 Chest X-ray	NO.		

※We will use the information from the pre-health checkup for the purpose of your health maintenance while you study at Oita University but will not use it for the other purposes. However, if we need to use the information in an emergency like dealing with an infectious disease or we need to protect your life, there will be a case that we will disclose the information to a third party exceptionally without obtaining your consent.

# 学生定期健康診断個人票（2022年）

留学生用

※事前に太枠内を記入してください。

		健診日 2022年 月 日		
学籍番号		氏名		男 女
出身国		生年月日	西暦 年 月 日 (才)	
現病歴	質問1, 本日体調不良はありますか? <b>無・有</b> ( ) <u>風邪症状がある場合は本日受診できませんので、予約の変更をしてください。</u> 質問2, 現在定期的に治療している身体的・精神的病気, 経過観察中の症状, 服薬中の薬等 <b>無・有</b> ( ) 質問3, 保健管理センター医師の診察または相談の希望 ( <b>希望あり・希望なし</b> )			
既往歴	質問4, 今まで治療を受けたことがある大きな病気 (身体的・精神的病気) <b>無・有</b> ( )			
喫煙習慣	① <b>無</b> ② <b>有</b> 喫煙歴 ( 年 ) 喫煙本数 ( 本/日 ) 種類 ( a.従来の紙巻たばこ b.電子たばこまたは加熱式たばこ c. a と b の併用 ) *いずれかに○をつける ③ <b>禁煙した</b> ( 年前まで 年間 本/日 )			
飲酒習慣	<b>無・有</b> ( 毎日飲酒 ・ 機会飲酒 )			
運動習慣	<b>無・有</b> ( 毎日する ・ 時々する )			
体重測定習慣	<b>無・時々する・毎日する</b>			
新型コロナウイルス感染症についての質問です。 ① 新型コロナウイルスのワクチン接種は受けましたか? <b>はい(1回のみ・2回接種)</b> ・ <b>いいえ</b> ② 新型コロナウイルス感染症に罹患したことがありますか? <b>無・有</b> (いつ 年 月頃) (状況 <sup>具体的</sup> ) ( ) ③ 過去1ヶ月以内に新型コロナウイルス感染症に罹患した人と濃厚接触しましたか? <b>無・有</b> (いつ 状況 <sup>具体的</sup> ) ( )				
結核に関する質問です。				
① これまでに、結核(例:肺結核, 肺浸潤, 胸膜炎や肋膜炎, 頸部リンパ節結核など)と言われたことがありますか? <b>無・有</b> (いつ 状況 <sup>具体的に</sup> ) ( ) ② これまでに、結核に感染した可能性があるため、結核を予防するための薬を飲んだことがありますか? <b>無・有</b> (いつ 理由 <sup>具体的に</sup> ) ( ) ③ これまでに、家族や同居人に結核と言われた人がいましたか? <b>いなかった</b> ・ <b>いた</b> (いつ 誰が) ( ) ④ 過去3年以内に半年以上、外国に住んだことがありますか? <b>無・有</b> (期間: ~ 国名: ) ( ) ⑤ 現在、または、この半年以内で、2週間以上続く咳、痰、微熱、胸痛などの症状がありますか? <b>無・有</b> (いつから 症状 <sup>具体的に</sup> ) ( ) ⑥ BCG接種歴はありますか? <b>無・有・不明</b>				
女性の方へ	現在月経中ですか?	いいえ	はい	
	現在妊娠の可能性がありますか?	いいえ	はい	

以下は、健診時に記入します。

	身体計測	身長	c m	体重	k g	体温	°C
	内科診察	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見あり _____ 医師印 <input type="checkbox"/> 診断書発行時に考慮					
	胸部X線	N O.					

※健康診断で得られた情報は、在学中の健康管理を目的に使用し、目的以外には使用することはありません。ただし、感染症の発生などで緊急を要する場合及び本人の生命・身体などを保護するために必要がある場合などは、本人の同意を得ることなく、例外的に第三者へ開示することがあります。