

Pre-Health Checkup Questionnaire

Health Support Center, Oita University

※Please fill out beforehand

Date (YYYY/MM/DD)

2024

/

/

Student ID #		Name		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Country of birth		Date of Birth (YYYY/MM/DD)	/ /	Age
Q1 Current Condition	Are you currently seeing a doctor? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (Please specify: _____)			
Q2 Medical Background	Have you contacted any serious disease/undergone surgery before (minor disease in the past year)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (_____)			
	Have you had mental health problem(s) before? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (_____)			
Q3 Lifestyle habit	1.Smoking History	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (For [] years / [] cigarettes day) Type <input type="checkbox"/> Cigarettes <input type="checkbox"/> E-cigs or“heat-not-burn”tabacco <input type="checkbox"/> Both a & b <input type="checkbox"/> Quit [] year(s) ago/ for [] year(s)/ [] Cigarettes a day		
	2. Drinking Habits	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (<input type="checkbox"/> Every day <input type="checkbox"/> Sometimes)		
	3. Physical Activity	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (<input type="checkbox"/> Every day <input type="checkbox"/> Sometimes)		
	4.Weight Measurement Habits	<input type="checkbox"/> No&Sometimes <input type="checkbox"/> Every day		
Q4. Tuberculosis (TB) Screening Questionnaire.	①. Have you ever had tuberculous disease (e.g. pulmonary TB, TB pleurisy, or cervical gland TB)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (_____ / _____ (Year/month) _____)			
	②. Have you ever taken preventive medicine for TB due to TB infection ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (_____ / _____ (Year/month) _____)			
Q5. For woman	Is there any possibility you might be pregnant?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
	Are you on your period?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes

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

受付サイン	<input checked="" type="checkbox"/> 尿検査 Urine	蛋白 Urinary protein	潜血 Uric blood	糖 Urinary sugar
	<input checked="" type="checkbox"/> 身体計測 Measure and weigh	身長 c m	体重 k g	
	<input checked="" type="checkbox"/> 血圧 Blood-pressure	① /	② /	
	<input checked="" type="checkbox"/> 胸部X線 Chest X-ray	N O.		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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		
	B型肝炎抗体 HBs antibody	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	* Hepatitis B vaccine was vaccinated last year, and more than one month has passed since the vaccination. Students must take it. * The examination fee will be borne by you and will be collected at the blood collection reception desk on the day of the medical examination.	

※Please note that we will not issue a health certificate if you do not undergo the whole health checkup.

※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

留学生

大分大学保健管理センター

※事前に太枠内を記入してください。

健診日 2024 年 月 日

学籍番号	名前		男女
出身国	生年月日		西暦 年 月 日 (才)
Q1.現病歴	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 無・有 ()		
Q2.既往歴	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) 無・有 ()		
Q3.生活習慣	1. 喫煙習慣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 喫煙歴 (年 ヶ月) 喫煙本数 (本/日) 種類 <input type="checkbox"/> 紙巻タバコ <input type="checkbox"/> 電子タバコまたは加熱式タバコ <input type="checkbox"/> 上記タバコの併用 <input type="checkbox"/> 禁煙した (年前まで 年間 本/日)	
	2. 飲酒習慣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 毎日飲酒 <input type="checkbox"/> 機会飲酒)	
	3. 運動習慣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 毎日する <input type="checkbox"/> 時々する)	
	4. 体重測定習慣	<input type="checkbox"/> 無または時々する <input type="checkbox"/> 毎日する	
Q4.結核	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? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (いつ 状況 ^{具体的})		
	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? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (いつ 理由 ^{具体的})		
Q5. 女性の方へ	現在月経中ですか?		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	現在妊娠の可能性ありますか?		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

以下は、健診時に記入します。

<input checked="" type="checkbox"/> 尿検査 Urine	蛋白 Urinary protein	潜血 Uric blood	糖 Urinary sugar
<input checked="" type="checkbox"/> 身体計測 Measure and weigh	身長 c m		体重 k g
<input checked="" type="checkbox"/> 血圧 Blood-pressure	① /		② /
<input checked="" type="checkbox"/> 胸部X線 Chest X-ray	N O.		
<input checked="" type="checkbox"/> 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		
B型肝炎抗体検査 (採血)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※昨年度 B 型肝炎ワクチンを接種し, 接種後 1 か月以上経過している学生は必ず受けてください。その他希望者も受けることができます。 ※検査代は自己負担で, 健診当日採血受付にて集金します。おつりがないように準備してください	

※すべての検査項目を受診していなければ、健康診断証明書は発行できません。

※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。