

2024 年度 学生定期健康診断個人票

※体調不良時は受診できません。事前に保健管理センターまでご相談ください。

※事前に黒ボールペンにて太枠内を記入してください。

保健管理センター 挟間健康相談室

| | | | | | | |
|---------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 健診日 2024 年 月 日 | | アンケート調査のお願い 医学科新 5 年生、新 6 年生、看護学科新 4 年生は、 QR コードからアンケート調査にご協力をお願いします | | |  | |
| 学籍番号 | | (ふりがな) 氏 名 | | () 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | |
| 学 科 医 看 先 進 看 修 医 博 | | 学 年 年 | | 西暦 生年月日 年 月 日 才 | | |
| Q1. 病歴 | | 現在または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）について | | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 年齢や病名や薬など記入 | |
| | | これまでに心電図の検査で異常の指摘を受け た事がありますか | | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 年齢や病名など記入 | |
| | | これまでに動悸や失神（気を失うこと）などの 症状がありましたか | | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 いつごろなど簡単に記入 | |
| | | 保健管理センター医師の診察または相談希望 について | | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 内容を簡単に記入 | |
| Q2. 生活習慣 | | 1. 喫煙習慣 | | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 ・喫煙歴 () 年 ・喫煙本数 () 本/日 ・種類 <input type="checkbox"/> 紙巻 <input type="checkbox"/> 電子または加熱式 <input type="checkbox"/> 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 | |
| Q3. B 型肝炎採血 | | 昨年度 B 型肝炎予防接種を受け、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。実習や就業の際に必要なになります。 | | | <input type="checkbox"/> 受ける | <input type="checkbox"/> 受けない |
| Q4.女性のみ | | 現在妊娠の可能性がありますか？ 「はい」と回答した方は、胸部レントゲン撮 影はできません。スタッフへ申し出てください。 | | | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| Q5.女性のみ | | 現在月経中ですか？ | | | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |

以下は、健診時に記入します。

| | | | | |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| 受付サイン | 検 尿 (全員) | 蛋白 | 潜血 | 糖 |
| | 身体計測 (全員) | 身長 | c m | 体重 k g |
| | 血 圧 (全員) | 1 回目 / | 2 回目 / | |
| | 内科診察 | <input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり () <input type="checkbox"/> 診断書発行時に考慮 | | 医 師 印 |
| | 胸部 X 線 (全員) | (デジタル撮影) N O. | | |
| | B 型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Q3 で受けると回答した人) | | | |

※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。