

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	生年月日	西 暦	年 齢
		年	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		<input type="checkbox"/> 禁煙した
			・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		・() 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。