2024 年度学生定期健康診断個人票(留学生用)

※事前に**黒ボールペンで**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		
出身国		生年月日	（西暦） 年　月　日（　才）	男・女

現病歴 既往歴	①現在または今まで治療を受けたことがある大きな病気	□ 無	□ **有**
	「有」の場合（　　）歳頃　病名（　　）		
	②保健管理センター医師の診察または相談の希望	□ **無**	□ **有**
	「有」と回答した方は、相談内容を簡単に記入してください。 （　　）		
covid-19	COVID-19 ワクチンを何回接種しましたか? 「有」の場合は、接種回数を記入してください。	□ **無**	□ **有**（　　）
	COVID-19 に感染したことがありますか、また何回感染しましたか?「有」の場合は、COVID-19 に感染した回数を入力してください。	□ **無**	□ **有**（　　）
結核 (TB)	結核（肺結核、胸膜炎や肋膜炎）にかかったことがありますか。	□ **無**	□ **有**
	家族などが結核にかかり、保健所の指導により結核を予防するための薬を飲んだことがありますか。	□ **無**	□ **有**

生活習慣	1．喫煙習慣	□ **無**	□ **有** ・喫煙歴　（　　年　　ヶ月） ・喫煙本数（　　本/日） ・種類　□**紙巻** □**電子または加熱式** □**併用**	□ **禁煙した** ・（　　）年前まで ・（　　）年間 ・（　　）本/日
	2．飲酒習慣	□ **無**	□ **有**（ □ **毎日飲酒** □ **機会飲酒** ）	
	3．運動習慣	□ **無**	□ **有**（ □ **毎日する** □ **時々する** ）	

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。	□ **いいえ**	□ **はい**

以下は，健診時に記入します。

受付サイン				
	身体計測	身長　　ｃｍ	体重　　ｋｇ	
	血　　圧	①	②	
	胸部Ｘ線	ＮＯ.		
	内科診察	□異常なし □所見あり（　　） □診断書発行時に考慮		医師

※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。

Pre-Health Check-up Questionnaire (2024)

※Please complete the area inside the bold lines with a black ballpoint pen beforehand.

Health Examination Date 2024 / /

Student ID Number		Name		
Country of birth		Date of Birth	(YYYY/MM/DD) / / ( )	M F

Currently Under medical treatment / Past Medical history	① Are you currently under medical treatment of any major disease? Or have you ever had any major disease?	☐ No	☐ Yes
	If yes, please write down a disease name and the approximate age you had that disease. ( ) Disease name ( )		
	② Do you wish to see a doctor or have a medical consultation at the Health Support Center?	☐ No	☐ Yes
	If yes, please describe your proposed consultation briefly. ( )		
COVID-19	Have you received a COVID-19 vaccine, and how many times? If yes, please fill in the number of vaccinations received.	☐ No	☐ Yes ( )
	Have you been ever infected with COVID-19 and how many times? If yes, please fill in number of times COVID-19 infected.	☐ No	☐ Yes ( )
Tuberculosis (TB)	Have you ever had tuberculosis (e.g. pulmonary TB, TB pleurisy, or pleuritis) ?	☐ No	☐ Yes
	Have you ever taken preventive medicine against TB?	☐ No	☐ Yes

Life Style	1．Smoking Habits	☐ No ☐ Yes Smoking History (for year(s)) Smoking amount (/day) Type ☐ Cigarettes ☐ E-cigs or heat-not-burn tobacco ☐ Both ☐ Quit ( ) year(s) ago / Smoking Habits for ( ) year(s) Smoking amount (/day)
	2．Drinking Habits	☐ No ☐ Yes (☐ Everyday ☐ Sometimes)
	3. Physical Activity Habits	☐ No ☐ Yes (☐ Everyday ☐ Sometimes)

For woman	Is there any possibility you might be pregnant? If yes, you cannot have an X-ray taken. Please notify staff.	☐ 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	身長 cm	体重 kg
	血圧	①	②
	胸部X線	NO.	
	内科診察	□異常なし □所見あり（ ） □診断書発行時に考慮	医師

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