2024 年度　学生定期健康診断個人票

※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		氏　名	ふりがな　（　　）		**男** **女**
学　部	教育　経済　理工　福祉 大学院（教・経・工・福）	学　年 年	生年月日	（西暦） 年　月　日（　才）	
健康診断アンケート	『5 類移行後の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関する意識調査』に回答しましたか	**☐ はい**	**☐ いいえ** **（QR コードを読み取り、回答してください）**		
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。 （　　）				
結　核	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。