

Pre-Health Checkup Questionnaire

Health Support Center, Oita University

※Please fill out beforehand

Date (YYYY/MM/DD)

2025

/

/

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

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

受付サイン	☒ 尿 検 査 Urine	蛋白 Urinary protein	潜血 Uric blood	糖 Urinary sugar
	☒ 身体計測 Measure and weigh	身長 c m	体重 k g	
	☒ 血 圧 Blood-pressure	① /	② /	
	☒ 胸部X線 Chest X-ray	N O.		
	☒ 内科診察 Medical examination	☐ 異常なし ☐ 所見あり _____ 医師印 ☐ 診断書発行時に考慮		
	B型肝炎抗体 HBs antibody	☐ Yes ☐ 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.

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。

※事前に太枠内を記入してください。			健 診 日		2025 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		☐ 無 ☐ 有 喫煙歴 (年 ヶ月) 喫煙本数 (本/日) 種類 ☐ 紙巻タバコ ☐ 電子タバコまたは加熱式タバコ ☐ 上記タバコの併用 ☐ 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)							
		4. 体重測定習慣		☐ 無または時々する ☐ 毎日する							
Q4.結核		① これまでに， <u>結核</u> （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？ ☐ 無 ☐ 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， <u>結核を予防するための薬</u> を飲んだことがありますか？ ☐ 無 ☐ 有 (いつ 理由 ^{具体的})									
Q5.女性の方へ		現在月経中ですか？						☐ いいえ		☐ はい	
		現在妊娠の可能性ありますか？						☐ いいえ		☐ はい	

以下は、健診時に記入します。

	☒ 尿 検 査 Urine	蛋白 Urinary protein	潜血 Uric blood	糖 Urinary sugar
	☒ 身体計測 Measure and weigh	身長 c m	体重 k g	
	☒ 血 圧 Blood-pressure	① /	② /	
	☒ 胸部 X 線 Chest X-ray	N O.		
	☒ 内科診察 Medical examination	☐ 異常なし ☐ 所見あり _____ 医師印 ☐ 診断書発行時に考慮		
	B 型肝炎抗体検査 (採血)	☐ 有 ☐ 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。