

2026年度学生定期健康診断個人票(留学生用)

※日本語か英語を選び、事前に太枠内を記入してください。

		健診日 2026年 月 日		
学籍番号	名前			
出身国	生年月日	(西暦) yyyy/mm/dd 年 月 日 (才)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	「あり」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			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	「あり」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 (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。			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	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。			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
生活習慣	1. 喫煙習慣	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ・ 喫煙歴 (年 ケ月) ・ 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	
	2. 飲酒習慣	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 毎日飲酒 <input type="checkbox"/> 機会飲酒)	
	3. 運動習慣	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 毎日する <input type="checkbox"/> 時々する)	
女性のみ	現在妊娠の可能性がありますか? 「あり」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"/> 可能性なし <input type="checkbox"/> 可能性あり

以下記入不要。

受付サイン	身体計測	身長 cm	体重 kg
	血圧	①	②
	胸部X線	N.O.	
	内科診察	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見あり (<input type="checkbox"/> 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 (2026)

※Please complete the area inside the bold lines beforehand.

Health Examination Date yyyy/mm/dd 2026 / /

Student ID Number	Name		
Country of birth	Date of Birth	(YYYY/MM/DD) / / (age)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Currently Under medical treatment	<p>① Are you currently under medical treatment of any major disease? Or have you ever had any major disease?</p> <p>If yes, please write down a disease name and the approximate age you had that disease. ()</p> <p>Disease name ()</p>		
	<p>② Do you wish to see a doctor or have a medical consultation at the Health Support Center?</p> <p>If yes, please describe your proposed consultation briefly. ()</p>		
Tuberculosis (TB)	<p>Have you ever had tuberculosis (e.g. pulmonary TB, TB pleurisy, or pleuritis) ?</p>		
	<p>Have you ever taken preventive medicine against TB?</p>		
Life Style	① Smoking Habits	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Smoking History (for year(s)) Smoking amount (/day) Type <input type="checkbox"/> Cigarettes <input type="checkbox"/> E-cigs or heat-not-burn tobacco <input type="checkbox"/> Both <input type="checkbox"/> Quit () year(s) ago / Smoking Habits for () year(s) Smoking amount (/day)	
	2. Drinking Habits	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (<input type="checkbox"/> Everyday <input type="checkbox"/> Sometimes)	
	3. Physical Activity Habits	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (<input type="checkbox"/> Everyday <input type="checkbox"/> Sometimes)	
For woman	<p>Is there any possibility you might be pregnant? If yes, you cannot have an X-ray taken. Please notify staff.</p>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

以下は記入不要。 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	N O.	
	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.