

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	学 年	生年月日	(西暦)		
	大学院 (教・経・工・福)	年		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		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
生活習慣	1. 喫煙習慣	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ・喫煙歴 (年 ヶ月) ・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		<input type="checkbox"/> 禁煙した ・()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)			
女性のみ	現在妊娠の可能性ありますか？ 「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	

以下は、健診時に記入します。

受付サイン	身体計測	身長	c m	体重	k g
	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。