

定期健康診断問診票

2024年度

*1~9をボールペンで記入してください

健診日： _____

1	フリガナ 氏名 [_____]	学生番号： _____							
造形学部・造形構想学部・大学院造形研究科・大学院造形構想研究科： _____								学年 [_____]	
生年月日（西暦）		年	月	日 [_____]	歳		性別 [_____]		
2	定期的に通院・検査・経過観察をしている病気はありますか : なし ・ あり（下に記入してください）								
診断名 [_____]									
医療機関名 [_____] 薬 なし・あり [_____]									
3	下記の病気にかかったことがありますか : なし ・ あり（下に記入してください）								
心疾患・川崎病・腎疾患・糖尿病・てんかん・脳神経の病気・精神疾患・喘息									
病名 [_____]、 [_____] 歳、最終発作 なし・あり [_____] 歳・手術歴あり [_____] 歳									
現状 [治療中・通院終了 (_____) 歳・治療中断・症状が出た時だけ受診]									
病名 [_____]、 [_____] 歳、最終発作 なし・あり [_____] 歳・手術歴あり [_____] 歳									
現状 [治療中・通院終了 (_____) 歳・治療中断・症状が出た時だけ受診]									
4	今までに健康診断で異常所見を指摘されたことはありますか : なし ・ あり（下に記入してください）								
指摘された内容 [_____]、 [_____] 歳									
受診・再検査結果及び経過 [_____]									
5	疾患について、運動制限や日常生活の禁止事項はありますか : なし ・ あり（下に記入してください）								
運動制限 [_____]									
日常生活制限 [_____]									
今年度の体育履修 [なし ・ あり 授業名: _____]									
6	身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳はありますか : なし ・ あり（下に記入してください）								
障害名 [_____]、 [_____] 級									
学業上の留意点 [_____]									
7	食品や薬などのアレルギーはありますか : なし ・ あり（下に記入してください）								
食品名・薬名 [_____] エピペン なし・あり [期限: _____]									
医療機関名 [_____] 薬 なし・あり [_____]									
現状 [治療中・通院終了 (_____) 歳・治療中断・症状が出た時だけ受診]									
8	喫煙 [なし ・ 時々吸う ・ 毎日 (_____) 本/日]				飲酒 [なし ・ 時々飲む ・ 毎日 _____]				
9	健康診断で相談したい心配な症状はありますか : なし ・ あり（下に記入してください）								
保健室記入欄（問診・再検査・受診結果）									
有所見項目 <input type="checkbox"/> 尿（未・再） <input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> BMI <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 内科診察（不整脈・心雑音・他 _____） <input type="checkbox"/> 胸部XP									
校医意見欄（面接・報告・証明書記載内容）									
備考欄									
<input type="checkbox"/> 現在症・既往歴用紙提出					<input type="checkbox"/> 障害者学修支援の申請（ _____ 年申請）				
<input type="checkbox"/> 感染症罹患歴・予防接種歴用紙提出					<input type="checkbox"/> 実習（介護 教育 博物館 ）				
日本健診財団チェック欄		<input type="checkbox"/> 血圧上150以上、下100以上		<input type="checkbox"/> 内科診察		<input type="checkbox"/> 尿未検査			

