

定期健康診断問診票

2026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	【現病歴】 現在定期的に通院・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 [_____]												
通院頻度 [_____ 回/年・ _____ 回/月・ _____ 回/週・治療中断（理由： _____）・症状が出た時だけ受診]												
3	【既往歴】 今までに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 [_____]												
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（緊急時の注射薬）												
なし・あり [期限： _____]												
医療機関名 [_____] 内服薬 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・甲状腺・他 _____） <input type="checkbox"/> 胸部XP												
【呼出中・報告待ち・終了】												
校医意見欄（面接・報告・証明書記載内容）												
<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 70%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>												
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			

