

健康診断受診票 Health Checkup Questionnaire

受付番号

【学生基本情報】※学生記入欄

Please fill in the required items.

学校名 Otaru University of Commerce	小樽商科大学	受診年月日 The Day of The Health Check	April __, 2022	
学生番号 Student's ID		生年月日 Date of Birth		歳 Age
フリガナKana 氏名Name		性別 sex	Female / Male	

【健康調査】※学生記入欄 Health Condition Questionnaire

Please answer the following. Check corresponding answers.

既往歴、 自覚症 状等	(1) 以前にかかったことがある主な病気について教えてください。Have you ever had a serious illness? <input type="checkbox"/> 特になし NO <input type="checkbox"/> あり YES → (病名Name of disease : _____)
	(2) 現在、治療あるいは定期的な診察・検査を受けている病気やけがなどがありますか？ <input type="checkbox"/> 特になし NO Are you currently under medical treatment? <input type="checkbox"/> あり YES → (病名Name of medical condition: _____)
	(3) 食品や薬剤などのアレルギーはありますか Are you allergic to any foods or medications? <input type="checkbox"/> 特になし NO <input type="checkbox"/> あり YES → (原因What is it?: _____) ⇒ [Do you have an Epinephrine autoinjector? <input type="checkbox"/> NO エピペン ^注 は携帯していますか？ <input type="checkbox"/> Yes]
	(4) 障害の有無および、認定を受けている場合は等級を記載してください。Do you have any disability? <input type="checkbox"/> なし NO Only for Japanese ↓ <input type="checkbox"/> あり YES → (障害種類What is it? _____) 等級 : _____
	(5) 最近、気になる症状や体調不良がありますか？Recently, do you have any subjective symptoms? <input type="checkbox"/> 特になし NO <input type="checkbox"/> あり YES → (Explain: _____)
生活習慣の 状況	(1) 朝食は食べますか Do you eat breakfast everyday? <input type="checkbox"/> 毎日食べる Yes. <input type="checkbox"/> 時々食べる No, sometimes. <input type="checkbox"/> ほとんど食べない No, hardly ever.
	(2) 運動習慣は？Do you take exercise regularly? <input type="checkbox"/> ほぼ毎日運動する Yes. <input type="checkbox"/> 時々運動する No, sometimes. <input type="checkbox"/> ほとんどしない No, hardly ever.
	(3) 喫煙しますか？Do you smoke? <input type="checkbox"/> すわない No. <input type="checkbox"/> やめた No, quit. <input type="checkbox"/> すう Yes.
	(4) 飲酒しますか？Do you drink alcohol? <input type="checkbox"/> 飲まない No. <input type="checkbox"/> たまに飲む Yes, sometimes. <input type="checkbox"/> ほぼ毎日飲む Yes, almost every day.
心身の健康について相談したい事がありますか？Would you like to consult a doctor about your health? <input type="checkbox"/> ない NO <input type="checkbox"/> あり YES → (内容The contents of a consultation: _____)	

注)エピペンとはアレルギーによるショック(アナフィラキシーショック)を防ぐための自己注射薬です。

【検査項目】※検査員記入欄 Staff Uses Only

身長			cm
体重			Kg
視力 (矯正)	右	()	
	左	()	
尿検査	備考		
	血圧	1回目 (脈拍)	/
2回目 (脈拍)		/	(回)
胸部X線	No.		

【診察所見】※医師記入欄 Doctor Use Only

<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	< 所見 > <input type="checkbox"/> 結膜貧血 経観・精検 <input type="checkbox"/> 頸部リンパ節腫大 経観・精検 <input type="checkbox"/> 甲状腺腫大 経観・精検 <input type="checkbox"/> 不整脈 経観・精検 <input type="checkbox"/> 心雑音 経観・精検 <input type="checkbox"/> 肺雑音 経観・精検 <input type="checkbox"/> その他() 経観・精検	< 判定 > コメント等 医師サインまたは押印 _____
--	---	-------------------------------------