

学生定期健康診断問診票

京都橘大学医務室

健康診断日(西暦) 年 月 日

学籍番号	a h							生年月日 (西暦)	年	月	日
(フリガナ)											
氏名											

1. 今までにかかった病気や、現在通院中の病気がある方は、発症年齢や病名など記入し、枠内にレ印をつけてください。以下を参考に回答してください。

【治療中】 投薬を含む治療中である

【観察中】 定期的に診察や検査を受けている

【放置/中断】 医師による継続通院の指示があるが受診していない状態

【治癒】 完全に治っている状態

病名	発症年齢	治療中	観察中	放置/中断	治癒	手術をした
<input type="checkbox"/>下記病歴に該当なし						
気胸 (<input type="checkbox"/> 右気胸 <input type="checkbox"/> 左気胸)	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
結核	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心疾患(病名:)	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腎疾患(病名:)	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病(<input type="checkbox"/> I型糖尿病 <input type="checkbox"/> II型糖尿病)	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
甲状腺疾患	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気管支喘息	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
てんかん	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
パニック障害	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
過換気発作	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
アナフィラキシー	歳	原因物質:() <input type="checkbox"/> エピペンを持っている <input type="checkbox"/> エピペンを持っていない				
その他()	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他()	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 喫煙の習慣について、あてはまる回答を選び、枠内にレ印をつけてください。

<input type="checkbox"/> 吸わない						
<input type="checkbox"/> 吸う	<input type="checkbox"/> 10本以内/日	<input type="checkbox"/> 11本~20本/日	<input type="checkbox"/> 20本以上/日	(喫煙歴	年)	

★女性の方へ

健診当日は生理中ですか(または、生理後1~2日ですか)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在、妊娠または妊娠の可能性はありますか	<input type="checkbox"/> 妊娠中(週) <input type="checkbox"/> 妊娠している可能性がある <input type="checkbox"/> いいえ

※こちらで得た情報は、緊急時や就学に関わる支援・指導・調査等に利用するときのみに限り、関係部署で共有します。具体的な対応が必要な場合は、医務室や障害学生支援室等に、改めてご相談ください。