

学生定期健康診断問診票

西暦 年 月 日

京都橘大学医務室

学籍番号	a									生年月日	西暦	年	月	日
	h													
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、発症年齢や病気などを記入し、
□枠内にレ印をつけてください。以下を参考にしてください。

【治療中】投薬を含む治療である

【観察中】定期的に診察や検査を受けている

【放置/中断】医師により継続治療の指示があるが受診していない

【完治】完全に治っている

病名	発症年齢	治療中	観察中	放置/中断	治癒	手術した
気胸 (□右気胸 □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 (□1型 □2型)	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"/>
アナフィラキシー (蕁麻疹、呼吸困難、血管浮腫など)	歳	原因物質 () □エピペンを持っている □エピペンを持っていない				
その他の手術歴	歳	()				
その他の病気	歳	()				

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"/> 11~20本/日	<input type="checkbox"/> 21本以上/日	喫煙歴 (年)		

3. 1回30分以上の「軽く汗をかく運動」の実施頻度について、あてはまる回答を選び□枠内にレ印をつけてください。(「軽く汗をかく運動」とは、ウォーキング、ランニング、水泳、サッカー、テニスなど)

<input type="checkbox"/> 1~2回/週	<input type="checkbox"/> 3~4回/週	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 運動はしない
---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

4. 運動はしない、以外の回答をされた方は、上記をどれくらい継続していますか。

<input type="checkbox"/> 3か月未満	<input type="checkbox"/> 3か月~6か月	<input type="checkbox"/> 6か月~1年	<input type="checkbox"/> 1年以上
--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

5. 朝食を食べる習慣はありますか。

<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週に2~3回	<input type="checkbox"/> 食べない
-----------------------------	---------------------------------	-------------------------------

★女性の方へ

健診当日は生理中、または、生理後2日以内ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか	<input type="checkbox"/> はい <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、医務室やサポートリンクス等に、改めてご相談ください。