

2024 年度 健康診断調査票(新入生用)

記入日 年 月 日

学 生 番 号	学年	フリガナ	性別 男 / 女
		氏名	
	年		XP No. センター記入欄

次の質問にお答えください。選択肢のある項目は、当てはまる番号に○をつけてください。

1. 今までにかかった病気、または現在治療中の病気がありますか？ ある方は記入してください。

病名	発症年齢	入院歴	現在の状況	現在使用している薬
(例) 鉄欠乏性貧血	(12)歳頃	1 あり ② なし	1 完治 (歳頃) 2 症状がある時のみ受診 ③ 定期的な受診あり	フェロミア
	()歳頃	1 あり 2 なし	1 完治 (歳頃) 2 症状がある時のみ受診 3 定期的な受診あり	
	()歳頃	1 あり 2 なし	1 完治 (歳頃) 2 症状がある時のみ受診 3 定期的な受診あり	
	()歳頃	1 あり 2 なし	1 完治 (歳頃) 2 症状がある時のみ受診 3 定期的な受診あり	

※ 障害手帳をお持ちの方は、保健管理センター窓口においでください。

2. アレルギーがありますか？ ある方は記入してください。

種類	内 容	アナフィラキシーショック歴	緊急時の薬
食物		1 あり 2 なし	あり / なし
薬剤		1 あり 2 なし	あり / なし
その他		1 あり 2 なし	あり / なし

※アナフィラキシーショックとは、アレルギーにより呼吸困難、頻脈、血圧低下、意識障害などのショック症状がみられること。

3. 生活習慣についてお聞きます。

タバコを吸いますか？	1 吸ったことがない 2 以前吸っていたが今は吸っていない 3 現在も吸っている → 1日 ()本 × ()年
お酒(ビール、日本酒、サワーなど)を飲みますか？	1 毎日飲む 2 時々飲む 3 飲まない
普段、朝食を食べますか？	1 毎日食べる 2 時々食べない 3 食べない
眠れますか？	1 よく眠れる 2 時々眠れない 3 眠れない

4. 母子手帳等で確認し正確に記入してください。

感染症病名	かかったことがありますか？	予防接種の日付を記入してください
麻疹(はしか)	1 あり 2 なし	1回目: 西暦 年 月 日 2回目: 西暦 年 月 日
風しん	1 あり 2 なし	1回目: 西暦 年 月 日 2回目: 西暦 年 月 日
水痘(水ぼうそう)	1 あり 2 なし	1回目: 西暦 年 月 日 2回目: 西暦 年 月 日
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	1 あり 2 なし	1回目: 西暦 年 月 日 2回目: 西暦 年 月 日

*MR ワクチン: 麻疹・風しんの2種混合ワクチン

*MMR ワクチン: 麻疹・流行性耳下腺炎(ムンプス)・風しんの3種混合ワクチン

医師や看護師に相談したいことがありましたら、保健管理センターへお越しください。

心の健康調査

最近(この2週間)のあなたに当てはまる所に してください

1	<input type="checkbox"/>	食欲がない
2	<input type="checkbox"/>	吐気・胸やけ・腹痛がある
3	<input type="checkbox"/>	わけもなく便秘や下痢をしやすい
4	<input type="checkbox"/>	動悸や脈が気になる
5	<input type="checkbox"/>	いつもからだの調子がよい
6	<input type="checkbox"/>	不平や不満が多い
7	<input type="checkbox"/>	親が期待しすぎる
8	<input type="checkbox"/>	自分の過去や家庭は不幸である
9	<input type="checkbox"/>	将来のことを心配しすぎる
10	<input type="checkbox"/>	人に会いたくない
11	<input type="checkbox"/>	自分が自分でない感じがする
12	<input type="checkbox"/>	やる気が出てこない
13	<input type="checkbox"/>	悲観的になる
14	<input type="checkbox"/>	考えがまとまらない
15	<input type="checkbox"/>	気分に波がありすぎる
16	<input type="checkbox"/>	不眠がちである
17	<input type="checkbox"/>	頭痛がする
18	<input type="checkbox"/>	首筋や肩がこる
19	<input type="checkbox"/>	胸が痛んだり、しめつけられる
20	<input type="checkbox"/>	いつも活動的である
21	<input type="checkbox"/>	気が小さすぎる
22	<input type="checkbox"/>	気疲れする
23	<input type="checkbox"/>	いらいらしやすい
24	<input type="checkbox"/>	おこりっぽい
25	<input type="checkbox"/>	死にたくなる
26	<input type="checkbox"/>	何事もいきいきと感じられない
27	<input type="checkbox"/>	記憶力が低下している
28	<input type="checkbox"/>	根気が続かない
29	<input type="checkbox"/>	決断力がない
30	<input type="checkbox"/>	人に頼りすぎる

31	<input type="checkbox"/>	赤面して困る
32	<input type="checkbox"/>	どもったり、声がふるえる
33	<input type="checkbox"/>	体がほてったり、冷えたりする
34	<input type="checkbox"/>	排尿や性器のことが気になる
35	<input type="checkbox"/>	気分が明るい
36	<input type="checkbox"/>	なんとなく不安である
37	<input type="checkbox"/>	独りでいると落ち着かない
38	<input type="checkbox"/>	ものごとに自信を持ってない
39	<input type="checkbox"/>	何事もためらいがちである
40	<input type="checkbox"/>	他人に悪くとられやすい
41	<input type="checkbox"/>	他人が信じられない
42	<input type="checkbox"/>	気をまわしすぎる
43	<input type="checkbox"/>	つきあいが嫌いである
44	<input type="checkbox"/>	ひけ目を感じる
45	<input type="checkbox"/>	とりこし苦勞をする
46	<input type="checkbox"/>	体がだるい
47	<input type="checkbox"/>	気にすると冷汗がでやすい
48	<input type="checkbox"/>	めまいや立ちくらみがする
49	<input type="checkbox"/>	気を失ったりひきつけたりする
50	<input type="checkbox"/>	よく他人に好かれる
51	<input type="checkbox"/>	こだわりすぎる
52	<input type="checkbox"/>	くり返し確かめないと苦しい
53	<input type="checkbox"/>	汚れが気になって困る
54	<input type="checkbox"/>	つまらぬ考えがとれない
55	<input type="checkbox"/>	自分の変な匂いが気になる
56	<input type="checkbox"/>	他人に陰口をいわれる
57	<input type="checkbox"/>	周囲の人が気になって困る
58	<input type="checkbox"/>	他人の視線が気になる
59	<input type="checkbox"/>	他人に相手にされない
60	<input type="checkbox"/>	気持ちが傷つけられやすい

A	合計点	
	判定	

B	該当する数値	
	判定	