

健康調査票（外部医療機関受診結果提出者用）

外部医療機関での受診結果を提出する方は、以下内容についてご記入ください。

記入日 年 月 日

| | | | |
|----|--|------|--|
| 学部 | | 学籍番号 | |
| 氏名 | | 携帯番号 | |

I. 自覚症状

最近よく気にかかる項目があれば選んでください

| 内科 | | |
|-----------|--|--------------------------|
| 1 | 疲れやすい | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 咳や痰が3週間以上続いている | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 脈が乱れる | <input type="checkbox"/> |
| 4 | 駅の階段を上がる程度で、動悸または息切れがする | <input type="checkbox"/> |
| 5 | めまいや立ちくらみが良くある | <input type="checkbox"/> |
| 6 | 最近、頭痛、頭重感がある | <input type="checkbox"/> |
| 7 | 食欲不振 | <input type="checkbox"/> |
| 8 | 吐き気、胸焼け、胃の不快感 | <input type="checkbox"/> |
| 9 | 下痢または便秘が5日以上続くことがある | <input type="checkbox"/> |
| 耳鼻科・眼科 | | |
| 12 | 耳鳴り、聞こえが悪い | <input type="checkbox"/> |
| 13 | 眼が疲れたり、かすむ | <input type="checkbox"/> |
| 14 | 花粉症、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎 | <input type="checkbox"/> |
| 外科 | | |
| 15 | 腰痛その他関節痛 | <input type="checkbox"/> |
| 皮膚科 | | |
| 16 | アトピー性皮膚炎 | <input type="checkbox"/> |
| メンタル | | |
| 17 | 体重が1ヶ月間に5kg以上増加または減少している | <input type="checkbox"/> |
| 18 | 夜眠れない | <input type="checkbox"/> |
| 19 | 生きがいを感じない | <input type="checkbox"/> |
| 20 | 自分が自分でない感じがする | <input type="checkbox"/> |
| 21 | 他人の視線が気になる | <input type="checkbox"/> |
| 22 | いらいらしたり、精神的な悩みがある | <input type="checkbox"/> |
| 23 | 心の健康について相談したいことがある | <input type="checkbox"/> |
| 婦人科（女子のみ） | | |
| 24 | 3ヶ月以上生理がとまっている | <input type="checkbox"/> |
| 25 | 生理時に激しい痛みがある | <input type="checkbox"/> |
| 26 | 婦人科的に相談したいことがある | <input type="checkbox"/> |
| その他症状 | | |
| 27 | 麻疹にかかったことが無く、かつ、麻疹ワクチン接種もしたことが無い | <input type="checkbox"/> |
| 28 | 麻疹にかかった、またはワクチン接種済み（2回、あるいは10年以内）、または検査で抗体があった | <input type="checkbox"/> |
| 29 | その他あれば具体的に記入してください () | <input type="checkbox"/> |

II. 既往症・現在症

1. これまでにかった病気や現在治療中の病気がありますか
(風邪その他の一時的なものを除く) 該当する方にチェックしてください。

はい いいえ

2. あると答えた方は該当するものにチェックをし、発症年齢、手術有の場合はチェック、
状態についてはあてはまるものに○をしてください。

(1 : 管理不要 2 : 治癒 3 : 治療・経過観察 4 : 中断・詳細不明)

| No | 疾患名 | 該当有 | 発症年齢 | 手術有 | 状態 |
|----|-----------|--------------------------|------|--------------------------|---------------|
| 1 | 肺結核 | <input type="checkbox"/> | 歳 | <input type="checkbox"/> | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 |
| 2 | 喘息 | <input type="checkbox"/> | 歳 | <input type="checkbox"/> | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 |
| 3 | 心疾患 | <input type="checkbox"/> | 歳 | <input type="checkbox"/> | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 |
| 4 | 腎疾患 | <input type="checkbox"/> | 歳 | <input type="checkbox"/> | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 |
| 5 | てんかん | <input type="checkbox"/> | 歳 | <input type="checkbox"/> | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 |
| 6 | 精神・神経疾患 | <input type="checkbox"/> | 歳 | <input type="checkbox"/> | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 |
| 7 | 肝疾患 | <input type="checkbox"/> | 歳 | <input type="checkbox"/> | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 |
| 8 | 胃十二指腸潰瘍など | <input type="checkbox"/> | 歳 | <input type="checkbox"/> | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 |
| 9 | 大きな外傷 | <input type="checkbox"/> | 歳 | <input type="checkbox"/> | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 |
| 10 | 高血圧 | <input type="checkbox"/> | 歳 | <input type="checkbox"/> | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 |
| 11 | 糖尿病 | <input type="checkbox"/> | 歳 | <input type="checkbox"/> | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 |
| 12 | その他 | | 歳 | | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 |
| | (病名：) | <input type="checkbox"/> | 歳 | <input type="checkbox"/> | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 |
| | (病名：) | <input type="checkbox"/> | 歳 | <input type="checkbox"/> | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 |
| | (病名：) | <input type="checkbox"/> | 歳 | <input type="checkbox"/> | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 |

III. 身体障がい

身体障がいがあるかたのみ記入してください

| No | 分類 | 該当有 | 手帳有 | 級 |
|----|-------|--------------------------|--------------------------|---|
| 1 | 視力障がい | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | 肢体不自由 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | 聴覚・平衡 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | 音声・言語 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | 内部障がい | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |