

# 健康調査票

記入日 年 月 日

学部		学籍番号	
氏名			

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

<b>内科</b>		
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"/>
10	頸部の腫れ、または安静時によく汗をかく	<input type="checkbox"/>
11	たばこを吸っている	<input type="checkbox"/>
<b>耳鼻科・眼科</b>		
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"/>
<b>外科</b>		
15	腰痛その他関節痛	<input type="checkbox"/>
<b>皮膚科</b>		
16	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/>
<b>メンタル</b>		
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"/>
<b>婦人科（女子のみ）</b>		
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"/>
<b>その他症状</b>		
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	身体面、精神面で相談したいことがある （もし相談されたい場合、保健館・保健館分室までご連絡ください）	<input type="checkbox"/>
30	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		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"/>	