

学生定期健康診断個人調査票

提出先: 保健管理センター

※太枠内をあらかじめ記入すること

※妊娠(可能性も)している人は☑してください ☐

実施日 2023 年 月 日

学部	医学・薬学(薬・生命)・経済学・人文社会学・芸術工学	学籍番号	ふりがな氏名																						
	看護学・総合生命理学・データサイエンス学	年	生年月日	(西暦) 年 月 日生	性別																				
大学院	(研究科) 医学・薬学・経済学・人間文化	年	6. 障害に関する手帳を持っている方は、記入してください。(取得予定も含む)																						
	芸術工学・看護学・理学	年	手帳の種類() 障害名() 等級(級)																						
(課程) 修士・博士前期・博士・博士後期・研究生・その他		7. 障害や病気等により、修学など学生生活でサポートしてほしいことがありますか。																							
健康診断の実施のため、あなたの心身の健康状態を教えてください。		「ある」と答えた学生は下部に詳細を記入 (ない・ある)																							
1. インフルエンザ、新型コロナを疑う症状がある学生は予備日で受検してください。		8. (対象者のみ)修学など学生生活で、サポートしてほしい内容を記入してください。(別紙での提出可)																							
2. 健康診断当日の体温を記入してください。(自宅で計測) (. 度)		(身体・精神・発達障害等で困っていることや支援してほしいことなどがあれば、記入してください)																							
3. 最近(2週間前から現在)の健康状態について、自覚症状があるものに○をつけてください。		書ききれない場合は、裏面を使用してください。																							
【内科】頭痛・動悸・めまい・立ちくらみ・息切れ・脈の乱れ・胸痛 腹痛・下痢・便秘・血便・食欲不振・気を失って倒れた																									
【耳鼻科】聴こえが悪い・耳鳴り・咳・痰																									
【整形外科】背骨が曲がっている・腰痛・腕の痛み・足の痛み・手足のしびれ																									
【歯科】歯痛・歯がしみる・あご関節の痛み・歯ぐきから血が出る																									
【眼科】視力低下・充血・目のかすみ																									
【アレルギー】アトピー性皮膚炎・花粉・食物() エピペン所持・その他()																									
【体調】1週間以上の倦怠感・6か月で体重が5kg以上増加または減少・生理不順 憂うつ・眠れない・睡眠が不規則・相談したいことがある																									
4. 現在または過去に定期受診や治療していた病気や大きなけが等があれば、書いてください。																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>病名・けが名(部位)</th> <th>いつから</th> <th>手術の有無</th> <th>治療中/経過観察/完治</th> <th>その他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		病名・けが名(部位)	いつから	手術の有無	治療中/経過観察/完治	その他																			
病名・けが名(部位)	いつから	手術の有無	治療中/経過観察/完治	その他																					
5. 現在、服用している薬があれば、記入してください。																									
薬名() いつから(年 月)																									
薬名() いつから(年 月)																									
薬名() いつから(年 月)																									
大学確認欄	【問診】 ☐	【聴力(会話域)】 ☐	【胸部X線】 なし・あり(新入生・以前の精密検査該当・最高学年の希望者)																						
	【その他】		【心電図】 なし・あり(新入生・以前の精密検査該当・運動系大会に出場予定の希望者)																						

※記入した内容について、後日、大学から連絡する場合があります。
※希望された支援についてはお応えできない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

問い合わせ先(健康診断、心と体の健康、カウンセラー・医師による相談等について)
★ 保健管理センター 052-872-5881 滝子(山の畑)キャンパス2号館1階
★ 学生課学生支援係 052-872-5042 滝子(山の畑)キャンパス3号館1階

学生定期健康診断 個人調査票 Medical Checkup Questionnaire

Submit to: NCU Health Center

※ Fill in the thick frame in advance

※If you are pregnant or you might be pregnant, please check.

Implementation date 2023 year month day

Undergraduate	Medical School · Pharmaceutical Sciences · Economics · Humanities and Social Sciences · Design and Architecture · Nursing · Biology and Integrated Sciences · Data Science	Student ID Number	Name																						
	Grade	Date of Birth	year	month	date																				
Graduate School	Medical Sciences · Pharmaceutical Sciences · Economics · Humanities and Social Sciences · Design and Architecture · Nursing · Science	5. Are you currently taking medication? Name of medicine () Since (year month) Name of medicine () Since (year month) Name of medicine () Since (year month)																							
	(Course) Master · Doctoral · Research student · Other					Grade	Gender																		
Please check the most appropriate option/s. 1. If you have a fever, cough, or other symptoms, please take the Checkup on the backup day. 2. Today's body temperature (please check at home in advance) (Yes) 3. If you currently have the following symptoms, please write circles in the corresponding symptoms. 【Internal medicine】 Headache/Palpitations/Dizziness/Dizziness on standing up/Breathlessness Irregular pulse/Chest Pains/Stomachache/Constipation/Hematochezia/Anorexia/Fainted 【Otolaryngology】 Difficulty in hearing / Tinnitus / Cough / Sputum 【Orthopedics】 Bent spine/Lumbago/Arm pain/Leg pain/Numbness of the hands or feet 【Dentistry】 Toothache/Tooth stains/Jaw pain/Blood comes out of the gums 【Ophthalmology】 Loosing vision/Hyperemia/Blurred vision 【Allergy】 Atopic disease/Pollen/Foods()/Epipen/Other() 【Condition】 Fatigue for over a week/Gain or decrease in weight by more than 5kg in 6months Irregular periods/Melancholy/Insomnia/Irregular sleep/ want to consult about your health condition		6. Do you have any disability? (Yes · No) If yes, what is the disability?() 7. Do you want a support in student life? (Yes · No) If yes, please fill in the details below.																							
4. Are you currently under any medical treatment or medical follow-up? <table border="1"> <thead> <tr> <th>Disease·Injury (part)</th> <th>Since</th> <th>Had surgery or not</th> <th>under treatment/follow-up/cured</th> <th>Other</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>under treatment/follow-up/cured</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>under treatment/follow-up/cured</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>under treatment/follow-up/cured</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Disease·Injury (part)	Since	Had surgery or not	under treatment/follow-up/cured	Other				under treatment/follow-up/cured					under treatment/follow-up/cured					under treatment/follow-up/cured		8. (Those who answered yes for the previous question) Please fill out the support you want in your school life. (If you have difficulty with school life because of mental, physical, and developmental disabilities, please fill out the support you want.) ※We may contact you regarding what you filled in. ※Please understand that we may not be able to respond what you will request.			
Disease·Injury (part)	Since	Had surgery or not	under treatment/follow-up/cured	Other																					
			under treatment/follow-up/cured																						
			under treatment/follow-up/cured																						
			under treatment/follow-up/cured																						
大学確認欄	【問診】 <input type="checkbox"/>	【聴力(会話域)】 <input type="checkbox"/>	【胸部X線】 なし · あり(新入生・以前の精密検査該当・最高学年の希望者)																						
	【その他】		【心電図】 なし · あり(新入生・以前の精密検査該当・運動系大会に出場予定の希望者)																						