

定期健康診断受診票(学生)

奈良教育大学保健センター

学生番号		性別 ※任意記載	男	女
ふりがな		生年月日	西暦	年 月 日
氏名		専攻 専修・学年		

記録

受診日 <small>各自で記入してください</small>	年 月 日		胸部X線撮影日 <small>各自で記入してください</small>	年 月 日		
身長	. cm		(X線検診車)	レントゲン番号()		
体重	. kg		内科診察	★《学生定期健康診断問診票》が必要です。 あらかじめ記入し診察時、医師に示してください。		
血圧	最高140/最低90以上ある場合は、何度か深呼吸して再測定してください。					
	最高	mmHg	最低	mmHg		
視力	*コンタクト使用の場合は、矯正視力のみで結構です。 *視力は数値を記入してください。(A~D判定不可)				検尿	容器を持ち帰り、以下の日時に提出してください。 提出日：2024年 4/9(火) 4/19(金) 4/25(木) 時間：8:30~11:00 場所：学生会館 (容器には氏名と学生番号を記入してください) ★検尿容器は内科診察受付にてお渡ししています。
	右		左			
	裸眼	矯正	裸眼	矯正		
備考						

金具、ボタン、ファスナー、スパンコール等は、レントゲン撮影に影響します。
レントゲン車に乗り込む前に必ずお取り下さい。

※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。

★健康診断証明書は6月1日から証明書自動発行機で発行しています。再検査や未受検の項目があると発行ができません。

各種実習や就職活動等に証明書が必ず必要となりますので、すべての健診項目をもらえることなく受検してください。

★結果が出次第、再検査等が必要な人は順次呼び出しますので、学生掲示板(保健センター前・図書館西側)を確認してください。

学生定期健康診断問診票

専攻・専修・学年

学生番号

氏名

氏名フリガナ

携帯電話番号

該当する にチェックをつけてください。

1. 今までに次の病気にかかったことはありますか。

結核	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	ある場合	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治
喘息	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	//	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治
腎臓の病気	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	//	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治
心臓の病気	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	//	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治

2. 現在、上記の疾患以外で、継続的に経過観察・治療を受けている病気はありますか。

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	ある場合(病名)
-----------------------------	-----------------------------	----------

3. 日常生活や運動において医師による制限はありますか。

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
-----------------------------	-----------------------------

4. 過去1年以内で、次のような自覚症状はありますか。

動悸がする	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
脈がとぶことがある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
気を失ったことがある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある

5. 現在、次のような自覚症状はありますか。

2週間以上、咳(せき)または微熱が続く	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
---------------------	---

6. アレルギーについて

① アナフィラキシーショックを起こしたことはありますか。

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
-----------------------------	-----------------------------

② エピペンを持っていますか。

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
-----------------------------	-----------------------------

7. 体のことで心配なことや困っていることはありますか

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
-----------------------------	-----------------------------

8. 保健センター長との面談希望

<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
-------------------------------	--------------------------------

この問診票は受診票と一緒に回収箱(学生会館玄関前に設置)まで提出してください。

奈良教育大学保健センター

[TEL:0742-27-9138](tel:0742-27-9138)