

# 健康診断受診票

## Health Checkup Questionnaire

受付番号

【学生基本情報】※学生記入欄

Please fill in the required items.

学校名	小樽商科大学 Otaru University of Commerce	受診年月日 The Day of The Health Check	April __, 2025	
学生番号 Student's ID		生年月日 Date of Birth		歳 Age
フリガナKana 氏名Name		出生性別 ASSIGNED SEX AT BIRTH	女性 Female / 男性 Male <small>What sex were you assigned at birth, on your original birth certificate?</small>	

【健康調査】※学生記入欄 Health Condition Questionnaire

Please answer the following. Check  corresponding answers.

Past Medical History, Subjective Symptoms and Etc. 既往歴, 自覚症状等	(1) 以前にかかったことがある主な病気について教えてください。Have you ever had a serious illness? <input type="checkbox"/> 特になし NO <input type="checkbox"/> あり YES → (病名Name of disease : _____)
	(2) 現在、治療あるいは定期的な診察・検査を受けている病気やけがなどがありますか？ <input type="checkbox"/> 特になし NO <input type="checkbox"/> あり YES → (病名Name of medical condition : _____) Are you currently under medical treatment?
	(3) 食品や薬剤などのアレルギーはありますか？Are you allergic to any foods or medications? <input type="checkbox"/> 特になし NO <input type="checkbox"/> あり YES → (原因What is it? : _____) [Do you have an Epinephrine autoinjector? <input type="checkbox"/> NO エピペン <sup>注</sup> は携帯していますか？ <input type="checkbox"/> Yes]
	(4) 障害の有無および、認定を受けている場合は等級を記載してください。Do you have any disability? <input type="checkbox"/> なし NO <input type="checkbox"/> あり YES → (障害種類What is the disability? _____) Only for Japanese ↓ 等級 : _____
	(5) 最近、気になる症状や体調不良がありますか？Recently, do you have any subjective symptoms? <input type="checkbox"/> 特になし NO <input type="checkbox"/> あり YES → (Explain: _____)
Habits 生活習慣の状況	(1) 朝食は食べますか Do you eat breakfast everyday? <input type="checkbox"/> 毎日食べる Yes. <input type="checkbox"/> 時々食べる No, sometimes. <input type="checkbox"/> ほとんど食べない No, hardly ever.
	(2) 運動習慣は？ Do you take exercise regularly? <input type="checkbox"/> ほぼ毎日運動する Yes. <input type="checkbox"/> 時々運動する No, sometimes. <input type="checkbox"/> ほとんどしない No, hardly ever.
	(3) 喫煙しますか？ Do you smoke? <input type="checkbox"/> すわない No. <input type="checkbox"/> やめた No, quit. <input type="checkbox"/> すう Yes.
	(4) 飲酒しますか？ Do you drink alcohol? <input type="checkbox"/> 飲まない No. <input type="checkbox"/> たまに飲む Yes, sometimes. <input type="checkbox"/> ほぼ毎日飲む Yes, almost every day.
心身の健康について相談したい事がありますか？ Would you like to consult a doctor about your health? <input type="checkbox"/> ない NO <input type="checkbox"/> あり YES → (内容The contents of a consultation : _____)	

注) エピペンとはアレルギーによるショック(アナフィラキシーショック)を防ぐための自己注射薬です。

【検査項目】※検査員記入欄 Only a staff will fill it out this section.

身長			c m
	体重		K g
視力 (矯正)	右	( )	
	左	( )	
尿検査	備考		
	血压	1回目 (脈拍)	/
2回目 (脈拍)		/	( 回)
胸部X線	No.		

【診察所見】※医師記入欄 Only a doctor will fill it out this section.

< 所見 >		< 判定 >		コメント等
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 結膜貧血	経観	精検	
<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 頸部リンパ節腫大	経観	精検	
	<input type="checkbox"/> 甲状腺腫大	経観	精検	
	<input type="checkbox"/> 不整脈	経観	精検	
	<input type="checkbox"/> 心雑音	経観	精検	
	<input type="checkbox"/> 肺雑音	経観	精検	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	経観	精検	
				医師サインまたは押印 _____