

定期健康診断受診票(学生)

奈良教育大学保健センター

学籍番号		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

診 断 日	年 月 日		胸部X線撮影	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 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：2022年 4/8(金) 4/14(木) 4/22(金) 時間：8:30～11:00 場所：学生会館 (容器には氏名と学籍番号を記入してください) 指定された日に検査できない場合は保健センターまで問い合わせてください。		
	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れ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、公用掲示板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

学籍番号

氏名

氏名フリガナ

生年月日

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	☐ ない ☐ ある	ある場合	☐ 経過観察 ☐ 治療中 ☐ 完治
喘息	☐ ない ☐ ある	〃	☐ 経過観察 ☐ 治療中 ☐ 完治
腎臓の病気	☐ ない ☐ ある	〃	☐ 経過観察 ☐ 治療中 ☐ 完治
心臓の病気	☐ ない ☐ ある	〃	☐ 経過観察 ☐ 治療中 ☐ 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。

☐ ない	☐ 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。

☐ ない	☐ 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	☐ ない ☐ ある
脈がとぶことがある	☐ ない ☐ ある
気を失ったことがある	☐ ない ☐ 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	☐ ない ☐ 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。

☐ ない	☐ ある
-----------------------------	-----------------------------

②エピペンを持っていますか。

☐ ない	☐ 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

☐ ない	☐ ある
-----------------------------	-----------------------------

8.保健センター長との面談希望

☐ 希望する	☐ 希望しない
-------------------------------	--------------------------------

奈良教育大学保健センター

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