

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 各自で記入してください	年 月 日		胸部X線撮影日 各自で記入してください	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、指定日に提出してください。 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	☐ 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
-------------------------------	--------------------------------

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