

# 定期健康診断受診票(学生) 記入例

奈良教育大学保健センター

学生番号	○○○○○○ (一回生は記入不要)	性別 ※任意記載	男	女
ふりがな	たかばたけ たろう	生年月日	西暦 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	
氏名	高畠 太郎	専攻	○○ 専修	

## 記録

受診日 各自で記入してください	○○年 ○月		
身長	178		
体重	56		
血圧	最高140/最低90以上ある場合、 して再測定してください。		
	最高 126 mmHg 最低		
視力	*コンタクト使用の場合は、矯正視す。		
	右		
	裸眼	矯正	裸眼
1.2		1.5	
備考			

## 【学生】記入方法

- ①各自で『定期健康診断受診票(学生)』をプリントアウトし、  
学生番号・氏名・氏名<ふりがな>・性別※任意記載・生年月日・専攻/専修/  
学年を記入の上、4月の健康診断に持参してください。
  - ②各種測定(身長・体重・血圧・視力)は、該当年度1月1日以降に保健セン  
ター等で測定し、記入漏れのないようご記入ください。
  - ③内科診察には問診票が必要です。各自で、『学生定期健康診断問診票』  
をプリントアウトのうえ記入し内科診察時、医師に示してください。
  - ④検尿容器は健康診断当日、内科診察受付にてお渡します。  
学生検査指定日に学生会館まで提出してください。
- 混雑緩和のためご理解とご協力をお願いいたします。  
奈良教育大学保健センター

※「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。

# 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 (X線検診車)	年 月 日 レントゲン番号( )
身長			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。
体重	kg			
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。		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。
視力	最高 mmHg 最低 mmHg			
	右 左			
	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、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.体のことでの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)