

# 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	〇〇〇〇〇〇 (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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
氏 名	高畑 太郎	専攻	〇 〇 専修

### 記 録

受 診 日 <small>各自で記入してください</small>	〇〇年 〇月		
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 <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、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	<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