

2023 年度 健康診断調査票(新入生用)

記入日 年 月 日

| | | | |
|---------|----|------|----------------|
| 学 生 番 号 | 学年 | フリガナ | 性別 男 / 女 |
| 年 | 氏名 | | XP No. センター記入欄 |

次の質問にお答えください。選択肢のある項目は、当てはまる番号に○をつけてください。

1. 今までにかかった病気、または現在治療中の病気がありますか？ ある方は記入してください。

| 病名 | 発症年齢 | 入院歴 | 現在の状況 | 現在使用している薬 |
|------------|----------|--------------|--|-----------|
| (例) 鉄欠乏性貧血 | (12)歳頃 | 1 あり ② なし | 1 完治 (歳頃) 2 症状がある時のみ受診 ③ 定期的な受診あり | フェロミア |
| | ()歳頃 | 1 あり 2 なし | 1 完治 (歳頃) 2 症状がある時のみ受診 3 定期的な受診あり | |
| | ()歳頃 | 1 あり 2 なし | 1 完治 (歳頃) 2 症状がある時のみ受診 3 定期的な受診あり | |
| | ()歳頃 | 1 あり 2 なし | 1 完治 (歳頃) 2 症状がある時のみ受診 3 定期的な受診あり | |

※ 障害手帳をお持ちの方は、保健管理センター窓口においでください。

2. アレルギーがありますか？ ある方は記入してください。

| 種類 | 内 容 | アナフィラキシーショック歴 | 緊急時の薬 |
|-----|-----|---------------|---------|
| 食物 | | 1 あり 2 なし | あり / なし |
| 薬剤 | | 1 あり 2 なし | あり / なし |
| その他 | | 1 あり 2 なし | あり / なし |

※アナフィラキシーショックとは、アレルギーにより呼吸困難、顔脈、血圧低下、意識障害などのショック症状がみられること。

3. 生活習慣についてお聞きします。

| | |
|--------------------------|---|
| タバコを吸いますか？ | 1 吸ったことがない 2 以前吸っていたが今は吸っていない 3 現在も吸っている → 1日 ()本 × ()年 |
| お酒(ビール、日本酒、サワーなど)を飲みますか？ | 1 毎日飲む 2 時々飲む 3 飲まない |
| 普段、朝食を食べますか？ | 1 毎日食べる 2 時々食べない 3 食べない |
| 眠れますか？ | 1 よく眠れる 2 時々眠れない 3 眠れない |

4. 母子手帳等で確認し正確に記入してください。

| 感染症病名 | かかったことがありますか？ | 予防接種の日付を記入してください |
|---------------------|---------------|--------------------------------|
| 麻疹(はしか) | 1 あり 2 なし | 1回目: 西暦 年 月 日 2回目: 西暦 年 月 日 |
| 風しん | 1 あり 2 なし | 1回目: 西暦 年 月 日 2回目: 西暦 年 月 日 |
| 水痘(水ぼうそう) | 1 あり 2 なし | 1回目: 西暦 年 月 日 2回目: 西暦 年 月 日 |
| 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | 1 あり 2 なし | 1回目: 西暦 年 月 日 2回目: 西暦 年 月 日 |

※MR ワクチン: 麻疹・風しんの2種混合ワクチン

※MMR ワクチン: 麻疹・流行性耳下腺炎(ムンプス)・風しんの3種混合ワクチン

医師や看護師に相談したいことがありましたら、保健管理センターへお越しください。

心の健康調査

最近(この2週間)のあなたに当てはまる所に してください

| | | |
|----|--------------------------|-----------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 食欲がない |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 吐気・胸やけ・腹痛がある |
| 3 | <input type="checkbox"/> | わけもなく便秘や下痢をしやすい |
| 4 | <input type="checkbox"/> | 動悸や脈が気になる |
| 5 | <input type="checkbox"/> | いつもからだの調子がよい |
| 6 | <input type="checkbox"/> | 不平や不満が多い |
| 7 | <input type="checkbox"/> | 親が期待しすぎる |
| 8 | <input type="checkbox"/> | 自分の過去や家庭は不幸である |
| 9 | <input type="checkbox"/> | 将来のことを心配しすぎる |
| 10 | <input type="checkbox"/> | 人に会いたくない |
| 11 | <input type="checkbox"/> | 自分が自分でない感じがする |
| 12 | <input type="checkbox"/> | やる気が出てこない |
| 13 | <input type="checkbox"/> | 悲観的になる |
| 14 | <input type="checkbox"/> | 考えがまとまらない |
| 15 | <input type="checkbox"/> | 気分に波がありすぎる |
| 16 | <input type="checkbox"/> | 不眠がちである |
| 17 | <input type="checkbox"/> | 頭痛がする |
| 18 | <input type="checkbox"/> | 首筋や肩がこる |
| 19 | <input type="checkbox"/> | 胸が痛んだり、しめつけられる |
| 20 | <input type="checkbox"/> | いつも活動的である |
| 21 | <input type="checkbox"/> | 気が小さすぎる |
| 22 | <input type="checkbox"/> | 気疲れする |
| 23 | <input type="checkbox"/> | いらいらしやすい |
| 24 | <input type="checkbox"/> | おこりっぽい |
| 25 | <input type="checkbox"/> | 死にたくなる |
| 26 | <input type="checkbox"/> | 何事もいきいきと感じられない |
| 27 | <input type="checkbox"/> | 記憶力が低下している |
| 28 | <input type="checkbox"/> | 根気が続かない |
| 29 | <input type="checkbox"/> | 決断力がない |
| 30 | <input type="checkbox"/> | 人に頼りすぎる |

| | | |
|----|--------------------------|----------------|
| 31 | <input type="checkbox"/> | 赤面して困る |
| 32 | <input type="checkbox"/> | どもったり、声がふるえる |
| 33 | <input type="checkbox"/> | 体がほてったり、冷えたりする |
| 34 | <input type="checkbox"/> | 排尿や性器のことが気になる |
| 35 | <input type="checkbox"/> | 気分が明るい |
| 36 | <input type="checkbox"/> | なんとなく不安である |
| 37 | <input type="checkbox"/> | 独りでいると落ち着かない |
| 38 | <input type="checkbox"/> | ものごとに自信を持ってない |
| 39 | <input type="checkbox"/> | 何事もためらいがちである |
| 40 | <input type="checkbox"/> | 他人に悪くとられやすい |
| 41 | <input type="checkbox"/> | 他人が信じられない |
| 42 | <input type="checkbox"/> | 気をまわしすぎる |
| 43 | <input type="checkbox"/> | つきあいが嫌いである |
| 44 | <input type="checkbox"/> | ひげ目を感じる |
| 45 | <input type="checkbox"/> | とりこし苦勞をする |
| 46 | <input type="checkbox"/> | 体がだるい |
| 47 | <input type="checkbox"/> | 気にすると冷汗がでやすい |
| 48 | <input type="checkbox"/> | めまいや立ちくらみがする |
| 49 | <input type="checkbox"/> | 気を失ったりひきつけたりする |
| 50 | <input type="checkbox"/> | よく他人に好かれる |
| 51 | <input type="checkbox"/> | こだわりすぎる |
| 52 | <input type="checkbox"/> | くり返し確かめないと苦しい |
| 53 | <input type="checkbox"/> | 汚れが気になって困る |
| 54 | <input type="checkbox"/> | つまらぬ考えがとれない |
| 55 | <input type="checkbox"/> | 自分の変な匂いが気になる |
| 56 | <input type="checkbox"/> | 他人に陰口をいわれる |
| 57 | <input type="checkbox"/> | 周囲の人が気になって困る |
| 58 | <input type="checkbox"/> | 他人の視線が気になる |
| 59 | <input type="checkbox"/> | 他人に相手にされない |
| 60 | <input type="checkbox"/> | 気持ちが傷つけられやすい |

事務処理欄

| | | |
|---|-----|--|
| A | 合計点 | |
| | 判定 | |

| | | |
|---|--------|--|
| B | 該当する番号 | |
| | 判定 | |