

2022年度 健康診断調査票

母子手帳等に基づいた正確な内容をオンライン予約時に入力してください。

記入日 年 月 日

学 生 番 号	学年	フリガナ	性別 男 / 女
		氏名	
	年		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	

※ 障害者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、頻脈、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. **2021年4月以降、新たに予防接種を受けた方は**、下欄に記入してください。

感染症名	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（禅研究館1階）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	