

健康診断記録カード（入学生用）

学籍番号									
フリガナ						平成 昭和	年 月 日生		
氏名	(男・女・その他)								

1. 以下の設問についてすべてお答えください。

①過去の学校心臓検診で異常を指摘されたことがありましたか？（はい・いいえ）

→はいの方

何らかの運動制限を求められたことがありましたか？（はい・いいえ）

②過去にいずれかの症状がありましたか？

失神、めまい、説明できないけいれん、(従来にない)息切れ・疲労感、動悸、胸痛（はい・いいえ）

③50歳以下の心臓突然死の家族歴がありますか？（はい・いいえ）

④競技スポーツ(体育会の活動相当)を行う予定がありますか？（はい・いいえ）

2. 下記の質問のいずれかの項目で「はい」の方は、胸部レントゲン撮影を受けてください。

質問1	あなたは、今年度中に保育実習に参加しますか？	はい	いいえ
質問2	昨年度の胸部レントゲン撮影結果から、再検査または精密検査を受けましたか？	はい	いいえ
質問3	これまでに胸部疾患(肺結核・肺浸潤影・胸膜炎・肺炎等)、心疾患(心肥大等)と診断されたことがありますか？	はい	いいえ
質問4	これまでに家族や同居人に結核と診断された方がいましたか？	はい	いいえ
質問5	過去3年以内に半年以上、海外(結核まん延国)で生活したことがありましたか？	はい	いいえ
質問6	現在、2週間以上続く咳・痰・微熱・胸痛などがありますか？	はい	いいえ
質問7	あなたは、以下に該当しますか？ ・学類1年生 ・新編入生 ・大学院1年生 ・交換留学生 ・研究生	はい	いいえ

※女性の方へ：妊娠及び妊娠の可能性のある方は、レントゲン撮影を受けないでください。

3. 健康面で保健管理センターに相談したいことや体調不良を感じることはありますか？相談したいことがある方は記入してください。後日、保健管理センターから連絡しますので、電話番号も記入してください。

電話番号()

裏面も記入してください

※以下は記入しないで下さい。

尿検査	担当者	X線フィルム番号	担当者
身長	体重	BMI	担当者
cm	Kg		

健康管理上、連絡することがありますので、以下の電話番号を登録してください。
保健管理センター：024-548-8068

4. 今までにかかった病気や、現在通院中の病気について該当する番号に○をつけ、診断名・年齢・経過を記入してください。内服している薬がある場合は、薬品名も記入してください。

	疾患名	診断名	発症年齢	経過	内服薬
1	心臓疾患		歳	治癒・治療中	
2	腎臓疾患		歳	治癒・治療中	
3	糖尿病		歳	治癒・治療中	
4	甲状腺疾患		歳	治癒・治療中	
5	婦人科疾患		歳	治癒・治療中	
6	その他		歳	治癒・治療中	
	アレルギー疾患	原因物質・食材	発症年齢	経過	内服薬
1	気管支喘息		歳	治癒・治療中	
2	アトピー性皮膚炎		歳	治癒・治療中	
3	アレルギー性結膜炎		歳	治癒・治療中	
4	アレルギー性鼻炎		歳	治癒・治療中	
5	食物アレルギー		歳	治癒・治療中	
6	アナフィラキシー		歳	治癒・治療中	
	※エピペンの有無	あり・なし			

5. 該当するものに○をつけてください。

- ・最近(1ヶ月以内)、眼が見えにくいと感じることがある
- ・最近(1ヶ月以内)、耳が聞こえにくいと感じることがある
- ・最近(1ヶ月以内)、湿疹等の皮膚の異常やひどい痛み・かゆみがある

【内科診察(医師記入欄)】

異常なし

異常あり(貧血 ・ 甲状腺腫 ・ 心雑音 ・ 不整脈 ・ その他)

要呼び出し

医師名:

★当センターでは、疾病予防・心身の健康管理を行うため、利用者の方々の個人情報を中心の注意を払いつつ、当センターでの利用目的(入口に掲示)に従って取り扱っております。ご質問やご意見がある場合は遠慮なくスタッフまでお申し出ください。