

# 学生定期健康診断問診票

別紙 2

※数字10ケタで記入してください。 例) 1016019999

学 生 番 号											氏 名	
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	--

生 年 月 日	西曆				年			月		日	記入年月日	西曆			年		月		日
---------	----	--	--	--	---	--	--	---	--	---	-------	----	--	--	---	--	---	--	---

以下の該当するものに  を入れてください。間違えた場合は  で訂正してください。

## 1 今までにかかった病気又は治療中の病気

- |                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 特になし    |                                   |
| <input type="checkbox"/> 肺炎      | <input type="checkbox"/> てんかん     |
| <input type="checkbox"/> 結核      | <input type="checkbox"/> 糖尿病      |
| <input type="checkbox"/> 気胸      | <input type="checkbox"/> 貧血       |
| <input type="checkbox"/> 気管支喘息   | <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 |
| <input type="checkbox"/> 心臓の病気   | <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺機能障害 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 |
| <input type="checkbox"/> 腎炎・腎症   | <input type="checkbox"/> その他      |

【具体的に \_\_\_\_\_】

## 2 次のような症状がありますか？

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 特になし      |  |
| <input type="checkbox"/> 慢性的な疲れ    | <input type="checkbox"/> 咳・痰（1か月以上）    |
| <input type="checkbox"/> 体重減少      | <input type="checkbox"/> 呼吸困難・ぜい鳴      |
| <input type="checkbox"/> 頭痛がひどい    | <input type="checkbox"/> 腹痛・胸焼け・吐き気    |
| <input type="checkbox"/> めまい・立ちくらみ | <input type="checkbox"/> 下痢・便秘         |
| <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ    | <input type="checkbox"/> 首・肩・背中・腰などの痛み |
| <input type="checkbox"/> 意識消失発作    | <input type="checkbox"/> 月経痛・月経不順      |
| <input type="checkbox"/> 胸痛        | <input type="checkbox"/> その他           |

【具体的に \_\_\_\_\_】

## 3 病院や健康診断で以下の異常を言われたことがありますか？

- 特になし
- 心雑音
- 不整脈
- 心電図異常
- 甲状腺腫大
- 胸部レントゲン異常
- その他

【具体的に \_\_\_\_\_】