

◆令和4年度学生定期健康診断（学部2年生以上と大学院生）◆

令和4年3月22日 第1版

令和4年度の健康診断は**予約制**で行います
4月4日（月）9:00 予約開始



①予約の方法

●下記**健康診断日**の表から受診する日と時間帯を選ぶ(どちらの地区で受けてもかまいません)

常三島地区		4月									蔵本地区		4月						5月
		8	11	12	13	14	15	18	19	20			22	25	26	27	28	2	
		(金)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(月)	(火)	(水)	(金)	(月)	(火)	(水)	(木)	(月)			
健康診断受診場所		キャンパスライフ健康支援センター									健康診断受診場所		蔵本会館2階西側大広間						
時間帯	13:30~13:50	男	女	男	女	男	女	男	女	男	時間帯	13:30~14:05	女	女	男	男	女	男	
	13:50~14:40	男	男	男	男	男	男	男	男	男		14:05~14:25	男	女	男	女	女	女	
	14:40~15:00	女	男	女	男	女	男	女	男	女		14:25~15:00	男	男	女	女	男	女	
	15:00~15:20	男	女	男	女	男	女	男	女	男		15:00~15:35	女	女	女	男	女	男	
	15:20~16:10	男	男	男	男	男	男	男	男	男		15:35~15:55	男	女	男	女	女	女	
	16:10~16:30	女	男	女	男	女	男	女	男	女		15:55~16:30	男	男	男	女	男	女	

項目：身長体重/血圧/内科診察/胸部レントゲン撮影（対象者のみ）

*胸部レントゲン撮影対象者

■医療実習者（臨床心理学専攻M1/M2・医学科4年/5年/6年・医科栄養3年/4年・看護3年/4年・検査4年放射線4年・歯学科2年/5年/6年・口腔保健2年/3年/4年・薬学科4年/5年・大学院助産実践コースM1・M2）

■介護実習者 ■教育実習者 ■大学院新入生

- 「別紙1）健康診断予約の方法」を参照し**予約**をする。
- 「別紙2）学生定期健康診断問診票」を**ダウンロード**する。

予約しよう！



ダウンロードしよう！



②健康診断日当日(あなたが予約した日)

- 「**学生証**」と「**学生定期健康診断問診票**（必ず自宅に記載）」を持って、**予約した日時**に、**健康診断受診場所**へ行って受診してください。

注意

受診当日「**BCPLレベル4以上**」や「**BCPLレベル3**」で学内で複数のクラスターが発生している場合は健康診断を**中止**する場合があります。

*中止の場合は前日までに各学務より連絡をします。



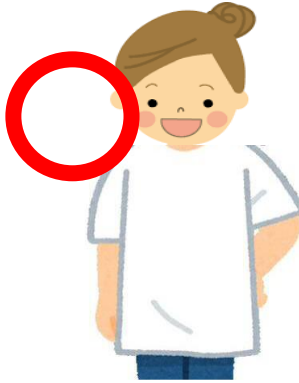
大学からのメールやホームページはこまめにチェックしよう！

③健康診断証明書の発行：受診日から2週間後の予定です。

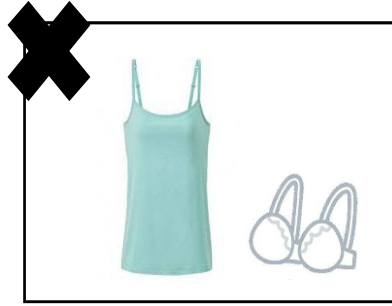
④服装のきまり

■胸部レントゲン撮影を受ける方は下記の注意を守り、服装の準備を確実にして来てください。

長い髪はヘアゴムでまとめる



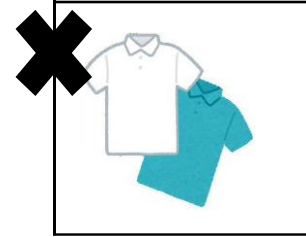
×金具、カップ付きキャミソール
カップ付きインナー



×プリント、刺繍があるもの

○無地のTシャツ（色付き、長そでOK）

服装の準備ができていない方は、胸部レントゲン撮影
ができない場合があります。



×ボタンがあるもの

⑤健康診断受診時の注意事項

■健診当日は必ず**体温測定し、マスクを着用**してお越しくください。

■1)～7)までの項目を確認してください。

1) 以下の症状があるか？

(咳/強いだるさ/嗅覚障害/味覚障害/のどの痛み/鼻水鼻づまり/息苦しさ/頭痛/下痢腹痛/その他症状)

2) 過去2日以内に**37.5度以上の発熱及び上記症状が無かったか？**

3) **同居人に発熱・咳**などの症状が新たに出現したか？

4) **同居人以外の一緒過ごす時間の多い人**（双方マスクを外して1m以内15分以上接する人）
に**発熱・咳**などの症状が新たに出現したか？

5) 現在**自身又は同居する人が自宅待機**を要請されているか？

6) 過去14日以内に**海外渡航**もしくは過去7日以内の「まん延防止等重点措置指定区域」
「緊急事態宣言対象地域に指定されている地域」への移動、もしくは徳島大学病院が
指定する**特別警戒地域***への移動があるか？

(受診当日緊急事態宣言指定地域、まん延防止等重点措置指定区域があるか**必ず確認**してください)

7) 過去14日以内に海外から**帰国した人と濃厚接触**があるか？

濃厚接触の定義：「双方マスク無しで1m以内、15分以上接触があった」

*特別警戒地域(3月18日現在：東京都/神奈川県/埼玉県/千葉県/茨城県/福井県/大阪府

兵庫県(淡路島は除く)/滋賀県/奈良県/福岡県

徳島大学病院ホームページを参照してください。

★受診当日に、**体温が37.5度以上あるか、1)～7)が1つでも「ある」**の方は
キャンパスライフ健康支援センターへ**電話**でご相談ください(088-656-7289)



授業等で受診が難しい場合、何か分からないことがある場合、
心身の状態等で個別対応が必要な方は事前にご相談ください
キャンパスライフ健康支援センターへ(088-656-7289)

予約開始日：令和4年4月4日（月）9:00
 健診前日の午前9時までに予約して下さい。
 以降の予約修正や変更については088-656-7289へお電話ください。

①QRコードかURLから予約して下さい（間違わないようご注意ください）

		男子		女子	
		URL	QRコード	URL	QRコード
常三島地区	4/8	https://outlook.office365.com/owa/calendar/Bookings3413470@tokushimaniv.onmicrosoft.com/bookings/s/b3Xz22wvL0GLKLgD1AGwpw2		https://outlook.office365.com/owa/calendar/Bookings3413470@tokushimaniv.onmicrosoft.com/bookings/s/F0USt9PV5E2_g5W8rQyrA2	
	4/11~4/15 4/18~4/20				
蔵本地区	4/22	https://outlook.office365.com/owa/calendar/Bookings3413470@tokushimaniv.onmicrosoft.com/bookings/s/e0CW2kCSVkaYscoBBrnxdg2		https://outlook.office365.com/owa/calendar/Bookings3413470@tokushimaniv.onmicrosoft.com/bookings/s/LF_Ft5j2PUSRXnhlGuEFlg2	
	4/25~4/28 5/2				

*****以下は全員共通*****

②日にちと時間を選択する

③名前、メールアドレス、電話番号、学生番号を入力し学部を選択して予約ボタンを押す。

予約確定すると、確認メールが届きます。
 予約確認メールから、予約の修正・削除が可能です。

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 _____】