

## 2019年度 学生定期健康診断 問診票

※この問診票は、心身の健康状態を把握し適切な健康診断を行うためのものであり、「個人情報保護法」を遵守して安全に管理します。  
 回答結果は保健管理センター内で医療職（医師・保健師・看護師）が取り扱います。  
 個人を特定する情報を除いて集計された結果は、学内の安全衛生のための対策や、学術研究に用いられることがあります。  
 保健管理センターにおける臨床研究については、保健管理センター外来とホームページに掲載されています。

(7ケタ) 学籍番号	今年度の主な キャンパス	①上野	②取手	③千住	④横浜
(フリガナ) 氏名	専攻	例) 油画、作曲等			
	生年月日	西暦	年	月	日 ( 歳)

### I. あなたの現在の健康状態はいかがですか。あてはまる回答の口枠内に✓印をつけてください。

① よい	② まあよい	
③ 普通	④ あまりよくない	⑤ よくない

### II. 2週間前から現在も続いている自覚症状がありますか。あてはまる回答すべての口枠内に✓印をつけてください。

① 咳 ・ 息切れ	⑤ 頭痛 ・ めまい	⑧ 便秘 ・ 下痢
② リンパ節の腫れ ・ 発熱	⑥ 耳鳴り ・ 難聴	⑨ この1年で3kg以上痩せた
③ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症	⑦ 胃痛 ・ 胸やけ ・ 吐気	⑩ この1年で3kg以上太った
④ アトピー ・ じんましん		
⑪ 眠れない	⑬ 夜中に何度も目が覚める	⑰ 考えがまとまらない
⑫ イライラして落ち着かない	⑭ 朝起きるのがとてもつらい	⑱ 自分を責める・悲観的になりやすい
⑬ 不安になりやすい	⑮ 外出するのが困難	⑲ 見張られているような気がする
⑭ 気分がふさぐ・さっぱりしない	⑯ 他人の視線が気になる	⑳ 幻覚がある
⑮ 集中力がない・判断力が落ちた	⑰ 仲間にとけこめない	㉑ 死にたいと思うことがある(この1年)

### III. 風疹・麻疹(はしか)の予防接種を過去に2回受けていますか。あてはまる回答の口枠内に✓印をつけてください。

① 受けた	② 受けていない・わからない	医療機関で予防接種を受けましょう。 特に麻疹の予防は介護・教育実習前に必須です。
-------	----------------	---

### IV. 現在または過去に通院（定期受診）や治療している/していた病気がありますか（内臓・筋肉・骨・神経・アナフィラキシー等）

① あり	② なし
------	------

⇒「あり」の方はそれぞれの病気について下段に「病名」と「Q1～Q3」に当てはまる番号をご記入ください。  
 大学生生活上で制限のある場合や通院先については保健管理センターで相談できます。

病名1:	Q1. 現在の状況 <input type="checkbox"/> ① 治療中（内服、外用薬等） <input type="checkbox"/> ② 通院のみ <input type="checkbox"/> ③ 治療・通院は終了 <input type="checkbox"/> ④ 治療・通院を中断・その他	Q2. 主治医からの注意、指示 <input type="checkbox"/> ① 全くない <input type="checkbox"/> ② 注意、指示をうけている : 具体的に [ ]	Q3. 4月以降の通院先 <input type="checkbox"/> ① 決まっている <input type="checkbox"/> ② 未定
(発症年齢 才)			
病名2:	Q1. 現在の状況 <input type="checkbox"/> ① 治療中（内服、外用薬等） <input type="checkbox"/> ② 通院のみ <input type="checkbox"/> ③ 治療・通院は終了 <input type="checkbox"/> ④ 治療・通院を中断・その他	Q2. 主治医からの注意、指示 <input type="checkbox"/> ① 全くない <input type="checkbox"/> ② 注意、指示をうけている : 具体的に [ ]	Q3. 4月以降の通院先 <input type="checkbox"/> ① 決まっている <input type="checkbox"/> ② 未定
(発症年齢 才)			
病名3:	Q1. 現在の状況 <input type="checkbox"/> ① 治療中（内服、外用薬等） <input type="checkbox"/> ② 通院のみ <input type="checkbox"/> ③ 治療・通院は終了 <input type="checkbox"/> ④ 治療・通院を中断・その他	Q2. 主治医からの注意、指示 <input type="checkbox"/> ① 全くない <input type="checkbox"/> ② 注意、指示をうけている : 具体的に [ ]	Q3. 4月以降の通院先 <input type="checkbox"/> ① 決まっている <input type="checkbox"/> ② 未定
(発症年齢 才)			

### V. 生活習慣について あてはまる回答を選び、口枠内に✓印をつけてください

1. 朝食を摂りますか	① 摂らない	② 時々摂る	③ 毎日摂る
2. 飲酒をしますか	① 毎日飲む	② 時々飲む	③ 飲まない
3. タバコを吸いますか	① 吸う(20本以上/日)	② 吸う(20本以下/日)	③ 吸わない ④ 禁煙した
4. 睡眠時間は何時間ですか	① 3時間以下	② 4-5時間	③ 6-7時間 ④ 8-9時間 ⑤ 10時間以上
5. 運動を週2回以上、1回30分以上していますか	① しない	② する	
6. 一人暮らしまたは下宿をしていますか	① はい	② いいえ	
7. 深夜のアルバイトをしていますか	① はい	② いいえ	
8. 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	① 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)		② 既に改善に取り組んでいる(6か月未満)
	③ 近いうちに(概ね1か月以内)に改善するつもりで、少しずつ始めている		
	④ 改善するつもりである(概ね6か月以内)		⑤ 改善するつもりはない
9. 生活習慣について指導を受ける機会があれば希望しますか?	① はい	② いいえ	

☞ 裏面もご記入ください

VI. 体格について、あてはまる回答を選び、✓印をつけてください（設問2-(1)は数字をご記入ください）

1. 現在の体重をどう感じますか	<input type="checkbox"/> ①少なすぎる	<input type="checkbox"/> ②やや少ない	<input type="checkbox"/> ③ちょうどよい	<input type="checkbox"/> ④やや重い	<input type="checkbox"/> ⑤重すぎる
2. 理想的な体重は何キログラムですか	<input type="checkbox"/> ① (      ) kg		<input type="checkbox"/> ②わからない		
3. 専攻分野の技能や評価に、体重や体格が影響すると思いますか	<input type="checkbox"/> ①いいえ	<input type="checkbox"/> ②はい	<input type="checkbox"/> ③わからない		
4. 専攻分野の指導者等から、体重調整を勧められた事がありますか	<input type="checkbox"/> ①いいえ	<input type="checkbox"/> ②減量を勧められた	<input type="checkbox"/> ③増加を勧められた	<input type="checkbox"/> ④現状維持を勧められた	

VII. 学習や演奏・製作作業時などの体調や環境についてあてはまる回答を選び、口枠内に✓印をつけてください

1. あなたの利き手はどちらですか  ①右手  ②左手  ③両手  ④分からない

2. 身体の各部位（図）の、不調の症状について、あてはまるものに✓をつけてください  
太枠内で「はい」を選んだ部位は右の問いにもすべてお答え下さい

	①過去12か月以内に不調（痛み・不快感・しびれなど）の症状がありましたか		②その不調で、ふだんの活動（学校・仕事・家事・趣味）が妨げられることが、過去12か月以内にありましたか		③そのことについて、過去12か月以内に医師に相談しましたか		④その不調は、最近7日間にもありましたか	
	A 目	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	⇒	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	B あご・口	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	⇒	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	C くび	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	⇒	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	D 肩	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	⇒	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	E 背中	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	⇒	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	F 肘	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	⇒	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	G 腰	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	⇒	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	H 右の手首/手	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	⇒	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	I 左の手首/手	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	⇒	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	J 尻/太もも	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	⇒	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	K 膝	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	⇒	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	L 足首/足	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	⇒	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	

3. 通学時や大学での動作・作業（デスクワークや演奏を含む）とその環境について、右側からあてはまる数字を選び○印をつけてください（新入生の方は、入学前のごことについてお答えください）

	よくある	ときどきある	どちらともいえない	ほとんどない	全くない
i 通学時に重い鞆や荷物を持ち運ぶ	1	2	3	4	5
ii 大学内で重いものを持ち運ぶ	1	2	3	4	5
iii 大きな力を入れなければならない	1	2	3	4	5
iv 同じ動作を繰り返す	1	2	3	4	5
v つらい姿勢で行わなければならない	1	2	3	4	5
vi 長時間続ける	1	2	3	4	5
vii 自分に合った机・椅子や道具を選べない	1	2	3	4	5
viii 刃物や高熱のもの、有害物質を扱う	1	2	3	4	5
ix 暑い・寒い環境	1	2	3	4	5
x 明るすぎる・暗すぎる環境	1	2	3	4	5
xi 休憩時間を計画してから作業を開始する	1	2	3	4	5
xii 作業の前後にストレッチや体操をする	1	2	3	4	5
xiii 安全な衣服や手袋・保護具等を装着する	1	2	3	4	5

4. 何時間ぐらい続けて（休憩や食事を取らず）作業しますか  ①1時間まで  ②-3時間  ③-5時間  ④-10時間  ⑤10時間超

VIII. 女性の方のみ、当てはまる回答の口枠内に✓印をご記入ください

1. 月経（生理）は規則的ですか  ①規則的  ②不規則（間隔は2か月未満）  ③不規則（間隔は2か月以上のことがある）  
 ④閉経後  ⑤わからない

2. 生理痛はありますか  ①なし  ②あり

↳ 「あり」の方はQ1・2にお答え下さい Q1 生活への支障はありますか  ①日常生活可能  ②日常生活困難  ③横になるほど強い  
Q2 鎮痛剤を使用しますか  ①使用していない  ②使用している

3. 生理前後に腹痛以外の不調がありますか  ①なし  ②あり

↳ 「あり」の方はQ1・2にお答え下さい Q1 どのような症状ですか  ①腰痛  ②頭痛  ③吐気  ④気分(イライラ・ゆううつ)  ⑤そのほか  
Q2 生活への支障はありますか  ①日常生活可能  ②日常生活困難  ③横になるほど強い

※健診会場で「再診（健康相談）のご案内」を受けとった方は、上野保健管理センターまたは取手分室にて再診察を受けてください。

また、後日、保健管理センターから個別にご連絡することがあります。  
胸部X線撮影等の異常で再診が必要であることの通知や、受診結果・問診内容の確認など、皆さんに安全な大学生活を送っていただくための大切な連絡ですので、ご協力をお願いします。