

2020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		今年の主な キャンパス	①上野	②取手	③千住	④横浜
(フリガナ)		専攻	例) 油画、作曲等			
氏名		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。

<input type="checkbox"/> ① よい	<input type="checkbox"/> ② まあよい	
<input type="checkbox"/> ③ 普通	<input type="checkbox"/> ④ あまりよくない	<input type="checkbox"/> 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。

<input type="checkbox"/> ① 咳 ・ 息切れ	<input type="checkbox"/> ⑤ 頭痛 ・ めまい	<input type="checkbox"/> ⑧ 便秘 ・ 下痢
<input type="checkbox"/> ② リンパ節の腫れ ・ 発熱	<input type="checkbox"/> ⑥ 耳鳴り ・ 難聴	<input type="checkbox"/> ⑨ この1年で3kg以上痩せた
<input type="checkbox"/> ③ 動悸 ・ 胸痛	<input type="checkbox"/> ⑦ 胃痛 ・ 胸やけ ・ 吐気	<input type="checkbox"/> ⑩ この1年で3kg以上太った
<input type="checkbox"/> ④ 過去に失神・けいれんしたことがある		
<input type="checkbox"/> ⑪ 眠れない	<input type="checkbox"/> ⑬ 夜中に何度も目が覚める	<input type="checkbox"/> ⑲ 考えがまとまらない
<input type="checkbox"/> ⑫ イライラして落ち着かない	<input type="checkbox"/> ⑭ 朝起きるのがとてもつらい	<input type="checkbox"/> ⑳ 自分を責める・悲観的になりやすい
<input type="checkbox"/> ⑬ 不安になりやすい	<input type="checkbox"/> ⑮ 外出するのが困難	<input type="checkbox"/> ㉑ 見張られているような気がする
<input type="checkbox"/> ⑭ 気分がふさぐ・さっぱりしない	<input type="checkbox"/> ⑯ 他人の視線が気になる	<input type="checkbox"/> ㉒ 幻覚がある
<input type="checkbox"/> ⑮ 集中力がない・判断力が落ちた	<input type="checkbox"/> ㉐ 仲間にとけこめない	<input type="checkbox"/> ㉓ 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。

<input type="checkbox"/> ① 受けた	<input type="checkbox"/> 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)

※これまで心臓検診で異常を指摘されたことがある人、今も経過観察や治療を終了していないてんかんがある人は、必ずご記入ください

<input type="checkbox"/> ① あり	<input type="checkbox"/> 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: (発症年齢 歳)	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
病名2: (発症年齢 歳)	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
病名3: (発症年齢 歳)	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

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

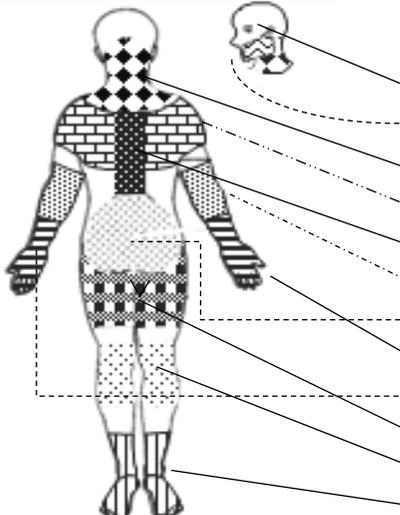
1. 朝食を摂りますか	<input type="checkbox"/> ① 摂らない	<input type="checkbox"/> ② 時々摂る	<input type="checkbox"/> ③ 毎日摂る
2. 飲酒をしますか	<input type="checkbox"/> ① 毎日飲む	<input type="checkbox"/> ② 時々飲む	<input type="checkbox"/> ③ 飲まない
3. タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> ① 吸う(20本以上/日)	<input type="checkbox"/> ② 吸う(20本以下/日)	<input type="checkbox"/> ③ 吸わない <input type="checkbox"/> ④ 禁煙した
4. 睡眠時間は何時間ですか	<input type="checkbox"/> ① 3時間以下	<input type="checkbox"/> ② 4-5時間	<input type="checkbox"/> ③ 6-7時間 <input type="checkbox"/> ④ 8-9時間 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ① しない	<input type="checkbox"/> ② する	
6. 同居している人はいますか	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> ② いいえ	
7. 深夜のアルバイトをしていますか	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ① 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)	<input type="checkbox"/> ② 既に改善に取り組んでいる(6か月未満)	
	<input type="checkbox"/> 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		
	<input type="checkbox"/> ④ 改善するつもりである(概ね6か月以内)	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ① はい	<input type="checkbox"/> 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、□枠内に✓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、□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	<input type="checkbox"/> ①右手	<input type="checkbox"/> ②左手	<input type="checkbox"/> ③両手	<input type="checkbox"/> 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	「はい」⇒右の設問へ	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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

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	<input type="checkbox"/> ①1時間まで	<input type="checkbox"/> ②1-3時間	<input type="checkbox"/> ③3-5時間	<input type="checkbox"/> ④5-10時間	<input type="checkbox"/> ⑤10時間以上
-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

VIII. 女性の方のみ、当てはまる回答の□枠内に✓印をご記入ください

1. 月経(生理)は規則的ですか	<input type="checkbox"/> ①規則的	<input type="checkbox"/> ②不規則(間隔は2か月未満)	<input type="checkbox"/> ③不規則(間隔は2か月以上のことがある)		
	<input type="checkbox"/> ④閉経後	<input type="checkbox"/> ⑤わからない			
2. 生理痛はありますか	<input type="checkbox"/> ①なし		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ①日常生活可能	<input type="checkbox"/> ②日常生活困難	<input type="checkbox"/> ③横になるほど強い		
Q2. 鎮痛剤を使用しますか	<input type="checkbox"/> ①使用していない	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ①なし		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ①腰痛	<input type="checkbox"/> ②頭痛	<input type="checkbox"/> ③吐気	<input type="checkbox"/> ④気分(イライラ・ゆううつ)	<input type="checkbox"/> ⑤その他
Q2. 生活への支障はありますか	<input type="checkbox"/> ①日常生活可能	<input type="checkbox"/> ②日常生活困難	<input type="checkbox"/> ③横になるほど強い		

※健診会場で「再診察のご案内」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。ご協力をお願いします。