

健診の時に受付に持参してください

健康診断受診票 2020年度

学部 / 研究科		学科/コース	
学 生 番 号		学年	学部 年 年
フリガナ		生 年 月 日 (西暦)	大学院 年 月 日 歳
氏 名			
電 話 番 号		※異常がある場合は、電話もしくは bb学生番号@ms.nagasaki-u.ac.jp に連絡します	

タバコを吸っていますか?(加熱式タバコを含む) 1.吸っている 2.以前吸っていた 3.吸ったことがない

心の健康調査票 全員、記入してください。(学部1年生は記入しないでください)

過去30日の間にどれくらいの頻度で次のことがありましたか。当てはまると思う数字を○で囲んで下さい。

	ない	少し	時々	たいてい	いつも
問1. 神経過敏に感じましたか	0	1	2	3	4
問2. 絶望的だと感じましたか	0	1	2	3	4
問3. そわそわ、落ち着かなく感じましたか	0	1	2	3	4
問4. 気分が沈みこんで、何が起ころうとも 気が晴れないように感じましたか	0	1	2	3	4
問5. 何をするのも骨折りだと感じましたか	0	1	2	3	4
問6. 自分は価値のない人間だと感じましたか	0	1	2	3	4

問1～6の合計を記入して下さい。➡

※学部1年生・4年生(医学科・歯学部・薬学科は除く)・6年生、修士1年生、博士1年生は内科診察がありますので、裏面も記入してください。裏面も記入してください。

以下は記入しないで下さい。

○	身長	cm		受診日	
	体重	kg	BMI		
○	血圧・脈拍	初 回	/ P	<input type="checkbox"/> 所見あり <input type="checkbox"/> 再検査・160以上/100以上, 89以下/ <input type="checkbox"/> 診察 (/)	
		再測定	/ P		
		初回値が140以上/90以上, 89以下/ いずれかの場合再測定2回実施		<input type="checkbox"/> 診察 (/) 再測定値が ・140以上/90以上 ・89以下/ いずれかの場合 要指導	
		/ P	正常に近い 値を再測定 欄に記入		
対象者のみ	1	検尿		蛋白	- + 2+ 3+
			糖	- + 2+ 3+	
			潜血	- + 2+ 3+	
			<input type="checkbox"/> 未検	<input type="checkbox"/> 月経中	
	2	胸部X線	撮影番号	<input type="checkbox"/> 診察 (/)	
3	内 科 診 察		<input type="checkbox"/> 再診 (/) <input type="checkbox"/> 紹介		
4	心 電 図				
5	4年生 腹囲・内臓脂肪測定・血液検査		<input type="checkbox"/> 診察 (/) <input type="checkbox"/> 紹介		

※学部1年生・4年生(医学科・歯学部・薬学科は除く)・6年生、修士1年生、博士1年生は内科診察があります。以下を記入してください。

これまでに以下の病気やけがをしたことがありますか？今、通院している病気はありますか？

①	高血圧症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	不整脈 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	他の心臓疾患 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	肺結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤	喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥	他の肺疾患 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦	消化器疾患 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧	腎臓疾患 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨	糖尿病・耐糖能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩	脂質代謝異常症・高脂血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑪	貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑫	眼の病気 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑬	耳の病気 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑭	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑮	他の皮膚の病気 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑯	アレルギー疾患 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑰	婦人科疾患()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑱	失神・てんかん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑲	精神疾患()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 ()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

以下は記入しないでください

診 察 所	所見なし 0	経過観察 1	治療中 2	要受診 3	診断名	備考
貧 血	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> ★		
甲 状 腺 腫	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> ★		
扁 桃 肥 大	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
頸部リンパ節腫脹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
呼 吸 音 異 常	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
心 音 異 常	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
不 整 脈	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
■その他						
内・外・皮・眼・耳・その他	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
内・外・皮・眼・耳・その他	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

経過観察、治療中の場合は以下を記載してください。要受診の際は必ず再診察します。

