

2024年度 北九州市立大学 定期健康診断票

ナンバリング

健康診断の予約日時を必ず記入してください。

| | |
|----------|----------------|
| 健診予約日 | 受付時間 (30分間受付可) |
| 4月 日 () | : ~ : |

参考のために教えてください。
健康診断の情報は、何で知りましたか？
※ 該当するものすべてにチェックしてください。

学内掲示(ポスター)
 大学ホームページ
 北九大ポータル(LCU)
 友人等からの情報
 健康診断の実施状況を見て気づいた

【問診票】

(注1) 受付前に、枠内を全て記入してください。

(注2) 正確に、はっきりと、記入してください。文字が不明瞭な場合は、健診結果が無効となります。

| | | | | | | | | | | | | | |
|------|--------------|--|--|---|-----------------|---|--|---|----|--|---|----|---|
| フリガナ | | | | | 学籍番号 | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | 連絡先 (携帯電話番号) | — | | — | | | | | |
| | 生年月日 (西暦) | | | 年 | | 月 | | 日 | 年齢 | | 歳 | 学年 | 年 |

1 今までにかかった病気、又は治療中の病気について記入して下さい。

| 1-1) 病名 | 1-2) 治療の期間 | 1-3) 治療の状況 | | |
|---------|------------|------------|-------|--------|
| | 歳から 歳まで | 1. 治癒・治療終了 | 2. 中断 | 3. 治療中 |
| | 歳から 歳まで | 1. 治癒・治療終了 | 2. 中断 | 3. 治療中 |
| | 歳から 歳まで | 1. 治癒・治療終了 | 2. 中断 | 3. 治療中 |

2-1) 健康状態で該当するものに○をつけてください。

| | | |
|--------------------|-------------------|--------------------|
| 01 動悸・息切れがよくおきる | 09 不眠がちである | 17 便秘がひどい |
| 02 胸が締めつけられる感じがする | 10 疲れやすい、疲れがとれにくい | 18 風邪をひきやすい |
| 03 手や足がふるえる | 11 やる気が出てこない | 19 発熱が続くことがある |
| 04 めまいや立ちくらみがある | 12 肩こりがひどい | 20 目の痛みや疲れ、物が見えにくい |
| 05 意識をなくし倒れたことがある | 13 腰や関節が痛む | 21 耳鳴りがある |
| 06 以前に比べて食欲がない | 14 頭痛がひどい | 22 においや味がわからない |
| 07 体重がかなり減った、又は増えた | 15 よく胃が痛む | 23 のどの詰まる感じがある |
| 08 ダイエット(減量)をしている | 16 よく下痢をする | 24 皮膚に発疹がでやすい |

2-2) 上記の症状以外の症状がある方はお書きください。()

3-1) タバコを吸っていますか。 1. はい 2. いいえ
「はい」と答えた方のみお答え下さい。→ 3-2) 1日()本 3-3) 吸いはじめて(年 月) 3-4) タバコを(1. 今すぐにでもやめたい 2. いずれやめたい 3. やめることは考えていない)

4-1) 身体面で心配なこと、相談したいことがありますか。 1. はい 2. いいえ
4-2) はいと答えた方は、内容をお書き下さい。

※ 保健室での相談を希望されますか。 1. はい 2. いいえ (2を選択されても保健室から連絡する場合があります。)

5-1) 精神面で心配なこと、相談したいことがありますか。 1. はい 2. いいえ
5-2) はいと答えた方は、内容をお書き下さい。

※ カウンセラーとの相談を希望されますか。 1. はい 2. いいえ (2を選択されても保健室から連絡する場合があります。)

6-1) かかりつけ又は、今通っている病院があればお書きください。()

*女性のみお答えください。

7-1) 月経周期はどうか。 1. 規則正しい 2. 時々不規則 3. 常に不規則 4. 3ヶ月以上月経がない
7-2) 月経痛はどうか。 1. ほとんどない 2. あるが支障はない 3. ひどくてつらい
7-3) 月経に関する治療を受けていますか。 1. いいえ 2. はい 3. どうしたらよいかわからない

※ 過呼吸を起こしたことがありますか。 1. はい 2. いいえ
「はい」と答えた方は、
時期・回数・状況などについて教えてください。

ナンバリング

学生さんへお願い!

健康診断は、受付した日に終了してください。

やむを得ず中断する場合は、必ず健康診断票を「回収ブース」に預けてください。

※ 回収ブースは、健診会場（多目的ホール）の出口付近にあります。

【健康診断結果】



| | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| 身長 (cm) | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| 体重 (kg) | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|-----|-----|--|--|---|-----|--|--|
| 血 圧 | 最 高 | | | / | 最 低 | | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|----|------|------|------|-------|--------|
| 検 尿 | 蛋白 | 01 ー | 02 ± | 03 + | 04 ++ | 05 +++ |
| | 糖 | 01 ー | 02 ± | 03 + | 04 ++ | 05 +++ |

未検

未検にチェックがある方は、後日 保健室で必ず検査を受けてください。

| | |
|--------|--|
| X 線 No | |
|--------|--|

| | | |
|------|------------------|--------------------------|
| 内科検診 | 0 : 所見なし | |
| | 0 : 所見あり、就学に支障なし | 所見の内容と指示 医師署名 () |
| | 1 : 所見あり、就学に支障あり | |

【学校医判定】

2024年 月 日

| |
|-------------|
| 0 : 就学に支障なし |
| 1 : 就学に支障あり |
| 学校医相談 詳細記録 |