

健康診断問診票
QUESTIONNAIRE OF MEDICAL CHECK

保健管理センター
HEALTH SERVICE CENTER

学部 Faculty	学生番号 Student ID number	国籍 Nationality
氏名 Name		性別 Sex
		<input type="checkbox"/> 既婚 Married <input type="checkbox"/> 未婚 Single <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female
		<input type="checkbox"/> 家族同伴 Living with family <input type="checkbox"/> 単身 Alone

あなたの該当する項目にチェックをしてください (□)

Please check the appropriate boxes.

◎既往歴 Past medical history 有 Yes 無 No

病名 If yes, please check the appropriate boxes or write the name of the illness.

<input type="checkbox"/> 結核 Tuberculosis	<input type="checkbox"/> 肝炎 Hepatitis	<input type="checkbox"/> 腎炎 Nephritis
<input type="checkbox"/> 麻疹 Measles	<input type="checkbox"/> 風疹 Rubella	<input type="checkbox"/> ムンプス Mumps, epidemic parotitis
<input type="checkbox"/> 水痘 Chicken pox, varicella	<input type="checkbox"/> 手術 Operation	<input type="checkbox"/> 外傷 Trauma
<input type="checkbox"/> 貧血 Anemia	<input type="checkbox"/> その他 Other	

◎予防接種 Immunization (Vaccination)

<input type="checkbox"/> 麻疹 Measles	<input type="checkbox"/> 風疹 Rubella	<input type="checkbox"/> ムンプス Mumps, epidemic parotitis
<input type="checkbox"/> 水痘 Chicken pox, varicella	<input type="checkbox"/> 結核 Tuberculosis	<input type="checkbox"/> 肝炎 Hepatitis A, B

◎循環器疾患 Cardiovascular diseases

心電図検査を受けた事がありますか? Have you ever undergone the electrocardiogram (ECG)?

有 Yes 無 No

下記を指摘された事はありますか? Have you previously had any of the problem listed below?

心電図異常 Abnormal ECG 心雑音 Heart murmur 心臓病 Heart illness

◎最近の健康状態 Present condition

<input type="radio"/> 食欲 Appetite	<input type="checkbox"/> 良 Good	<input type="checkbox"/> 不良 Poor
<input type="radio"/> 便通 Bowel habit	<input type="checkbox"/> 順 Regular	<input type="checkbox"/> 不順 Irregular (<input type="checkbox"/> 下痢 Diarrhea <input type="checkbox"/> 便秘 Constipation)
<input type="radio"/> 睡眠 Sleep	<input type="checkbox"/> 良 Good	<input type="checkbox"/> 不良 Poor
<input type="radio"/> 月経 Monthly period (女性のみ Female only)	<input type="checkbox"/> 順 Regular	<input type="checkbox"/> 不順 Irregular
月経困難 Having trouble in the period	<input type="checkbox"/> 無 No	<input type="checkbox"/> 有 Yes

◎自覚症状 Subjective symptoms

身体の不調がある方は下記にチェックをしてください(□)
If you find any problem or abnormality, please check the appropriate boxes.

<input type="checkbox"/> 疲れやすい Easy fatigability	<input type="checkbox"/> 咳 Cough
<input type="checkbox"/> 立ちくらみ、めまい Dizziness, vertigo	<input type="checkbox"/> 頭痛 Headache
<input type="checkbox"/> 体重増加、減少 Weight gain or loss	<input type="checkbox"/> 微熱 Low-grade fever
<input type="checkbox"/> 胃の調子が悪い Stomach upset	<input type="checkbox"/> 腹痛 Abdominal pain
<input type="checkbox"/> 動悸、不整脈 Palpitation or irregular heartbeat	<input type="checkbox"/> 浮腫 Edema
<input type="checkbox"/> 胸痛 Chest pain	<input type="checkbox"/> その他 Other

◎現在治療中の疾病 Do you have any illness under treatment?

有 Yes 無 No

病名を記入してください If yes, please write the name of the illness.

[]

◎心身の健康のことで相談したいことがあれば何でも記入してください。

Please write any problem on your physical and mental health.

[]

◎日本での生活で困ることがあれば記入してください。

Please write any trouble in your daily life in Japan.

[]