

令和2（2020）年度 在学生健康調査問診票

| | | | | | | |
|-----------------|-----------|----------|------------|----|---|-----|
| 記載日（必ず記入してください） | | 西暦 | | 年 | 月 | 日 |
| フリガナ | | 性別 | 学籍番号(必ず記入) | | | |
| 氏名 | | 男 ・ 女 | | | | |
| 連絡先 | E-mail : | | | | | |
| | TEL : | 年齢 | 生年月日 | | | |
| 所属 | 学部 研究科 | 学科 専攻 | 歳 | 西暦 | 年 | 月 日 |

☆ 今年度の健康診断は、新型コロナウイルス感染症の流行にともない、学生の安全を確保する観点から、やむを得ず、この健康調査問診票の提出に変更しています。目的以外に使用する事はありませんので、あなたの健康の理解と増進のために正確に記入し提出して下さい。

| | |
|--------------------------------------|--------|
| 以下の全ての質問に当てはまらない場合は「全ていいえ」を○で囲んで下さい。 | 全て いいえ |
| | 質問終了です |

「はい」が1つでもある場合は以下の質問にお答え下さい。「はい」については詳細に記載してください。

該当するものに○

| | |
|--------------------------|----------|
| 1) 現在、体調不良などの自覚症状がありますか？ | はい ・ いいえ |
| 具体的に記載してください（いつから、どんな症状） | |

| | |
|--------------------------------------|----------|
| 2) 入学後に治療を受けたり、現在治療中や経過観察中の病気がありますか？ | はい ・ いいえ |
|--------------------------------------|----------|

| | | | | |
|------------------|------|----|---------------|---------|
| 年齢 | 治療期間 | 病名 | 治療や休学(該当項目に○) | 修学上の配慮 |
| ① 歳 西暦 年 月～ 年 月（ | | | 手術・入院・通院・休学 | あり ・ なし |
| ② 歳 西暦 年 月～ 年 月（ | | | 手術・入院・通院・休学 | あり ・ なし |
| ③ 歳 西暦 年 月～ 年 月（ | | | 手術・入院・通院・休学 | あり ・ なし |

| | | | |
|-----------------------------|----------|-------------|-------|
| 3) 入学後に新たな薬や食物のアレルギーはありますか？ | はい ・ いいえ | | |
| 薬や食物の名前 | 症状 | 治療薬は持っていますか | |
| (|) | はい・いいえ | 薬品名 (|

| |
|-------------------------------|
| 4) あなたやあなたの周囲の”結核”についてお尋ねします。 |
|-------------------------------|

| | | |
|-------------------------------|------------|-----------------|
| ① あなたは、今までに結核の治療を受けたことがありますか？ | はい ・ いいえ | |
| 歳 西暦 年 月～ 年 月 | 入院 あり・なし (| 治療法・薬品名 (分かれれば) |

| | |
|-----------------------|-------------------|
| ② 周囲の人で結核にかかった人がいますか？ | はい ・ いいえ |
| いつから、どのくらいの期間、どんな症状が？ | どなたですか？ (御自身との関係) |
| 歳 西暦 年 月～ 年 月 | |

| | |
|-----------------------------|----------|
| ③ 現在、2週間以上続く咳、痰、微熱などがありますか？ | はい ・ いいえ |
| いつから、どのくらいの期間、どんな症状が？ | |