

2024年度 定期健康診断受診票
2024 Health Examination Form

太枠内と健康調査を記入してください。学生IDは学生証を見て正確に記入してください。精密検査が必要な場合は、お知らせします。

Be sure to fill in the heavy outline and Medical History. Also, be sure to verify your student ID No. on your student ID card.

Those in need of a close examination will be individually notified.

保健センターにおける個人情報取扱いについて

保健センターでは記載いただいた個人情報および健康診断の結果を以下の目的のみ利用いたします。1) 受診されたみなさまの健康管理を行うため 2) 保健センターの事務を適切に行うため 3) 検査業務など外部への業務委託のため

Handling of Personal Information at the Health Center

The Health Center will use personal information and the results of medical examinations only for the following purposes. 1) To manage the health of persons who have undergone medical examinations. 2) To properly carry out the administrative duties of the Health Center. 3) To outsourcing of operations for sample testing, etc. to external business entities.

学生ID Student ID No.	1				2	4					携帯電話番号(mobile phone)
フリガナ											生年月日(Date of Birth) Y/M/D
氏名 (Name)											西暦 年 月 日
											<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female
喫煙状況 Tobacco use	<input type="checkbox"/> 1. 吸う Current			<input type="checkbox"/> 2. 止めた Former			<input type="checkbox"/> 3. 吸わない Never				

< 健康調査 Medical History >

これまで下記の病気にかかったことがありますか? Have you had the following? ➡ [いいえ No / はい Yes]

「はい」の場合は、該当する病名コード番号を下記の欄に記入してください。

また、その病気にかかった年齢、そのために手術を受けたか、現在の状態についても記入してください。3つまで記入できます。

If you answered "Yes", please enter the code number that corresponds to the disease below.

Then enter the age you were when you contracted the disease, and indicate whether you underwent surgery or not and the current status of that disease. Up to three different entries are possible.

Code No.	病名 Disease, etc.	Code No.	病名 Disease, etc.	Code No.	病名 Disease, etc.
651	先天性心臓病 Congenital anomalies of heart	101	肺結核 Pulmonary tuberculosis	425	糖尿病 Diabetes Mellitus
652	心臓弁膜症 Valvular disease of the heart	105	胸膜炎 Pleuritis	500	肝臓疾患 Liver disease
653	不整脈 Arrhythmia	108	自然気胸 Spontaneous pneumothorax	551	てんかん Epilepsy
654	心肥大 Cardiac hypertrophy	303	慢性腎炎 Chronic nephritis	554	精神病 Mental illness
656	川崎病 Kawasaki disease	328	高血圧 High blood pressure	555	神経症 neurosis
699	その他心臓疾患 Other heart diseases	399	その他腎疾患 Other renal diseases	620	膠原病 Collagen disease
()		()			

コード番号 Code No.	かかった時の年齢 Age when contracted	手術の有無 Did you have surgery?	現在の状態 Current status
<input type="text"/>	➡ <input type="text"/>	➡ 1.有 Yes 2.無 No	➡ 1.治療中 Undergoing treatment 2.治った Recovered 3.放置 Untreated
記入欄 Please fill in this area.	➡ <input type="text"/>	➡ 1.有 Yes 2.無 No	➡ 1.治療中 Undergoing treatment 2.治った Recovered 3.放置 Untreated
<input type="text"/>	➡ <input type="text"/>	➡ 1.有 Yes 2.無 No	➡ 1.治療中 Undergoing treatment 2.治った Recovered 3.放置 Untreated

記入不要 No need to fill out.

尿検査 No. Urinalysis	後日 <input type="checkbox"/>	視力 Vision	右裸眼 Right unaided eye	1. 右メガネ Right w/ glasses	2. 右コンタクト Right w/ contacts
			左裸眼 Left unaided eye	1. 左メガネ Left w/ glasses	2. 左コンタクト Left w/ contacts
身長 Height	<input type="text"/>	心電図 No. ECG			
体重 Weight	<input type="text"/>	胸部X線 No. Chest X-ray film			

※視力検査は裸眼、メガネ、コンタクトのうち1つを測定します。コンタクト使用の方は係員に伝えてください。

※The eye test measures your eyesight either with the unaided eye, with glasses or with contacts. Please inform the examiner if you wear contacts.