

学生定期健康診断問診票

※数字10ケタで記入してください。 例) 1016019999

学 生 番 号												氏 名							
生 年 月 日	西暦				年				日	記入年月日	西暦				年				日

以下の該当するものに☑を入れてください。間違えた場合は☒で訂正してください。

1 今までにかかった病気又は治療中の病気

- 特になし
- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 肺炎 | <input type="checkbox"/> てんかん |
| <input type="checkbox"/> 結核 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 気胸 | <input type="checkbox"/> 貧血 |
| <input type="checkbox"/> 気管支喘息 | <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 |
| <input type="checkbox"/> 心臓の病気 | <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺機能障害 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 |
| <input type="checkbox"/> 腎炎・腎症 | <input type="checkbox"/> その他 |

【具体的に

】

2 次のような症状がありますか？

- 特になし
- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 慢性的な疲れ | <input type="checkbox"/> 咳・痰（1か月以上） |
| <input type="checkbox"/> 体重減少 | <input type="checkbox"/> 呼吸困難・ぜい鳴 |
| <input type="checkbox"/> 頭痛がひどい | <input type="checkbox"/> 腹痛・胸焼け・吐き気 |
| <input type="checkbox"/> めまい・立ちくらみ | <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 |
| <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ | <input type="checkbox"/> 首・肩・背中・腰などの痛み |
| <input type="checkbox"/> 意識消失発作 | <input type="checkbox"/> 月経痛・月経不順 |
| <input type="checkbox"/> 胸痛 | <input type="checkbox"/> その他 |

【具体的に

】

3 病院や健康診断で以下の異常を言われたことがありますか？

- 特になし
- | |
|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心雑音 |
| <input type="checkbox"/> 不整脈 |
| <input type="checkbox"/> 心電図異常 |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺腫大 |
| <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン異常 |
| <input type="checkbox"/> その他 |

【具体的に

】