

# 2020 年度学生一般定期健康診断問診票 Medical Interview Sheet

|                                |  |                       |                             |     |
|--------------------------------|--|-----------------------|-----------------------------|-----|
| 学籍番号<br>Stu. ID                |  |                       |                             | No. |
| フリガナ<br>phonetic<br>characters |  | 生年月日<br>Date of Birth | 連絡先<br>Contact<br>(内線/携帯電話) |     |
| 氏 名<br>Name                    |  | 西暦 年 月 日              |                             |     |

下記を記入し、健康診断時の「医師の診察」で提出してください。

Please check below and show it to the Dr at the site of Medical Interview.

(1) 現在、自覚している症状すべてに、チェック☑をつけください。

Check if you have symptoms below.

- |                                                                             |                                                                           |                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 動悸<br>Palpitations                                 | <input type="checkbox"/> 肩こり・腰痛<br>Shoulder stiffness/<br>Lower back pain | <input type="checkbox"/> 長引く咳<br>Prolonged cough    |
| <input type="checkbox"/> いびき・無呼吸<br>Snoring/Apnea                           | <input type="checkbox"/> 睡眠障害<br>Sleep disorders                          | <input type="checkbox"/> 月経不順<br>Menstrual disorder |
| <input type="checkbox"/> その他 Others ( )<br>内容を記入してください You can write freely |                                                                           |                                                     |

(2) 現在喫煙している方は、チェック☑をつけください。

- ☐ 喫煙 Currently smoking

(3) 現在、治療している疾患すべてに、チェック☑をつけください。

Check a box if you have a disease, currently treated.

- |                                                                             |                                                                                    |                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧<br>Hypertension                                | <input type="checkbox"/> 脂質異常症<br>Hyperlipidemia                                   | <input type="checkbox"/> 糖尿病<br>Diabetes mellitus                              |
| <input type="checkbox"/> 高尿酸血症<br>Hyperuricemia                             | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎<br>Atopic dermatitis                             | <input type="checkbox"/> 気管支喘息・咳喘息<br>Bronchial asthma/Cough<br>Variant asthma |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺腫<br>Goiter                                     | <input type="checkbox"/> 月経不順・婦人科<br>Menstrual disorder/<br>Gynecological disorder | <input type="checkbox"/> 精神疾患<br>Mental disorder                               |
| <input type="checkbox"/> その他 Others ( )<br>内容を記入してください You can write freely |                                                                                    |                                                                                |

上記の (1) ~ (3) すべてに該当する項目がない方は、チェック☑をつけください。

Check the box if any of the above do not apply to you. → ☐