

2025 年度 学生一般定期健康診断問診票 Medical Interview Sheet

学籍番号 Stu. ID		No.	
フリガナ phonetic characters		生年月日 Date of Birth	連絡先 Contact (内線/携帯電話)
氏名 Name		年 Year	月 Month
		日 Day	

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、生理中ですか？ はい yes いいえ no
During menstruation ?

- (2) 現在、自覚している症状すべてに、チェック☑をつけてください。

Check if you have symptoms below.

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

- (3) 現在喫煙している方は、チェック☑をつけてください。

- 喫煙 Currently smoking

- (4) 現在、治療している疾患すべてに、チェック☑をつけてください。

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

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

上記の (2) ~ (4) すべてに該当する項目がない方は、チェック☑をつけてください。

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