

提出期間：2026 年 3 月 2 日(月)～ 3 月 30 日(月)

学生課（健康衛生室）

2026年度 新入生定期健康診断問診票

※この問診票は、みなさんの健康状態を把握する為に利用されます。本大学健康衛生室による健康管理の目的以外には使用されません

学籍番号	(記載不要)	学部／学科	(危機管理 ・ 薬 ・ 看護) 学部 学科：
フリガナ		生年月日	(西暦) 年 月 日生
氏 名		性 別	男 ・ 女

本人連絡先	自 宅	— —	国 籍	日本(都 ・ 道 ・ 府 ・ 県)
	携帯電話	— —		その他 ()

1. 現在または過去に通院（定期受診）や治療している／していた病気がありますか（ あり ・ なし ）

例：心臓病・てんかん・発達障害・気胸・起立性調節障害・高血圧・糖尿病・気管支喘息・アトピー性皮膚炎・花粉症
内臓疾患・筋肉・骨・精神疾患など

病名 1：	病名 1 について 手術歴（ あり ・ なし ）：具体的に（ ）		
(発症年齢 歳)	現在の状況 1. 治療中（内服・外用薬など） 薬名 〔 〕 通院頻度 〔 〕	主治医よりの注意・指示があればご記入ください 〔 〕 4 月以降の通院先は決まっていますか 1. 現在の通院先へ継続して通院予定 2. 転院予定 病院名〔 〕	運動制限はありますか（ あり ・ なし ） 具体的に〔 〕
	2. 治療・通院は終了 3. 治療・通院を中断		
障害手帳をお持ちですか (あり ・ なし ・ 申請中)			

病名 2：	病名 2 について 手術歴（ あり ・ なし ）：具体的に（ ）		
(発症年齢 歳)	現在の状況 1. 治療中（内服・外用薬など） 薬名 〔 〕 通院頻度 〔 〕	主治医よりの注意・指示があればご記入ください 〔 〕 4 月以降の通院先は決まっていますか 1. 現在の通院先へ継続して通院予定 2. 転院予定 病院名〔 〕	運動制限はありますか（ あり ・ なし ） 具体的に〔 〕
	2. 治療・通院は終了 3. 治療・通院を中断		
障害手帳をお持ちですか (あり ・ なし ・ 申請中)			

2. 食物アレルギーやアナフィラキシー（皮膚状態・消化器症状・呼吸器症状が、複数同時にかつ急激に強く発症した状態）の有無について、できるだけ正確に記入してください

A. 食物アレルギー（ あり ・ なし ） 原因食物を記入し、アレルギーの病歴について該当するものに ○印をつけてください (原因物質：) 1. 即時型 (原因食物を食べて 2 時間以内に症状が出現する。) 2. 口腔アレルギー症候群 (食後 5 分以内に口腔内、咽頭などにヒリヒリ、イガイガ、 腫れぼったいなどの症状が出現する。) 3. 食物依存性運動誘発型アナフィラキシー (原因となる食物を摂取して 2 時間以内に激しく運動すると、 アナフィラキシー症状を起こす。)	B. アナフィラキシー（ あり ・ なし ） 該当するものに○印をつけてください。 1. 食物（原因物質：) 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 5. 医薬品（医薬品名：) 6. その他 () C. 緊急時に備えた処方薬（ あり ・ なし ） 1. 内服薬（抗ヒスタミン薬・ステロイド薬） 2. アドレナリン自己注射薬（エピペン）
--	---

お問い合わせ先：健康衛生室 0479-30-4502

※裏面もあります→

3. 生活習慣について当てはまる回答を選んでください

- ①体重について
- (1)この6か月以内に体重が3 kg以上（ やせた・太った ）がありますか （ はい ・ いいえ ）
- (2)現在の体重をどう感じますか 少ない ・ ちょうど良い ・ 重い
- (3)理想的な体重は何kgですか （ ） kg ・ わからない
- ②睡眠について
- (1)睡眠時間は何時間ですか （ ） 時間
- (2)睡眠で十分に休養がとれていますか （ はい ・ いいえ ）
- ③飲酒について
- (1)飲まない（ 飲めない ）
- (2)飲む 種類（ ）
- 頻度（ 毎日 ・ （ ） 回／週・（ ） 回／月
- ④喫煙について
- (1)吸わない
- (2)吸う（ ） 本／日 ・ 時々吸う
- 喫煙開始年齢（ ） 歳から
- ※①～④について、医師による無料の健康相談の希望はありますか（ はい ・ いいえ ）
- 具体的に（ ） について相談したい

4. 女性の方のみお答えください

- ①月経（生理）は規則的ですか
- 規則的 ・ 不規則（間隔は2カ月未満・間隔は2 カ月以上のことがある） ・ 閉経している
- ②生理痛はありますか（ あり ・ なし ）
- ありの方は具体的に
- （ 日常生活可能 ・ 日常生活困難 ・ 横になるほど強い ）
- 鎮痛剤を使用しますか（ あり ・ なし ） [薬名：]
- ③生理前後に腹痛以外の不調がありますか（ あり ・ なし ）
- ありの方はどのような症状ですか
- （ 腰痛 ・ 頭痛 ・ 吐き気 ・ 気分（イライラ） ・ その他（ ） ）
- 生活への支障はありますか（ あり ・ なし ）

※既往歴が3つ以上ある方は、ご記入ください

病名3：	病名3について 手術歴（ あり ・ なし ）：具体的に（ ）	
(発症年齢 歳)	現在の状況 1.治療中（内服・外用薬など） 薬名 []	主治医よりの注意・指示があればご記入ください []
	障害手帳をお持ちですか (あり ・ なし ・ 申請中)	
	通院頻度 []	運動制限はありますか（ あり ・ なし ） 具体的に []
	2.治療・通院は終了 3.治療・通院を中断	

現在、健康状態で気になること、あるいは健康上、特に希望する注意事項があれば記入してください