様式３

提出期間：2027 年 3 月 1 日(月)～ 3 月 25 日(木)

健康衛生課

2027年度 新入生定期健康診断問診票

※この問診票は、健康衛生課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(　　)

障害者手帳をお持ちの方はご記入ください

障がい名	
区分 ／ 等級	(　身体　・　療育　・　精神　)　(　　) 級　(　　) 種

1．現在、定期通院中または過去に治療をした病気やけがはありますか（　あり　・　なし　）

例：心臓病・糖尿病・腎臓病・甲状腺疾患・気胸・手術を要するけが・脊柱側彎症・起立性調節障害・精神疾患・てんかん・発達障害など

病名 1 ：	病名 1 について　手術歴（　あり ・ なし　）：具体的に（　　）	
	現在の状況 1.治療・通院は終了 2.治療・通院を中断 3.通院中 通院先（　　） 通院頻度（　1回　/　　毎） 内服薬・外用薬 ( )	運動制限はありますか（　あり　・　なし　） 具体的に 主治医よりの注意・指示があればご記入ください
(発症年齢　　歳)		
病名 2 ：	病名 2 について　手術歴（　あり ・ なし　）：具体的に（　　）	
	現在の状況 1.治療・通院は終了 2.治療・通院を中断 3.通院中 通院先（　　） 通院頻度（　1回　/　　毎） 内服薬・外用薬 ( )	運動制限はありますか（　あり　・　なし　） 具体的に 主治医よりの注意・指示があればご記入ください
(発症年齢　　歳)		

2．以下の病気で治療を受けたことがある場合には、該当事項に☑をつけ、処方されている薬名を記入してください

□気管支喘息 (年齢　　～　　歳)	□治療終了 □治療中断 □通院中　　(薬名：　　)
□花粉症 (年齢　　～　　歳)	□治療終了 □治療中断 □通院中　　(薬名：　　)
□アトピー性皮膚炎 (年齢　　～　　歳)	□治療終了 □治療中断 □通院中　　(薬名：　　)

お問い合わせ先：健康衛生課 0479-30-4502

※印刷の際は必ず両面印刷してください。

様式３

健康衛生課

３．食物アレルギーやアナフィラキシー（皮膚症状・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

①食物アレルギー（　あり　・　なし　）
→ありの方は原因となる食物を記入してください
（　　）

②症状について
該当するものに○印をつけてください
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）

③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（　　）

④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・ステロイド薬など）
（薬名：　　）
2. アドレナリン自己注射薬（エピペン）を携帯している
（　あり　・　なし　）
（　　）歳より

４．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
この６か月以内に体重が３kg以上（　やせた　・　太った　・　変わらない　）
→やせた又は太ったと回答された方は具体的に
（　　）か月で（　　）kg　（　増　・　減　）

②睡眠について
⑴睡眠時間は何時間ですか（　　）時間
⑵睡眠で十分に休養がとれていますか　（　はい　・　いいえ　）
⑶日中の眠気やだるさが強いですか　（　はい　・　いいえ　）

５．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　・　閉経している　）

②生理痛はありますか（　あり　・　なし・　閉経している　）
→ありの方は具体的に
（　頭痛　・　吐き気　・　腹痛　・　腰痛　・　その他（　　）　）
症状の程度は（　日常生活可能　・　日常生活困難　）
→鎮痛剤（　内服する　・　内服しない　）　（薬名：　　）

現在、健康上で特に気になることあるいは相談したい事項があれば記入してください