

学生番号

氏 名

学校保健安全法に基づき、2025年度の健康調査を実施いたします。

1.現在、気になる症状がありますか？ある方は下記より該当の症状を選択してください(複数回答可)

- ☐ 長引く咳・痰
- ☐ 動悸・息切れ・胸痛・脈の乱れ
- ☐ 頭痛
- ☐ 胃痛・食欲がない・胃のもたれ・胸やけ
- ☐ 腹痛・便に血が混じる・便秘・下痢
- ☐ 尿に血が混じる・排尿時痛・頻尿
- ☐ 手足のむくみ
- ☐ からだがだるい
- ☐ 月経不順
- ☐ 睡眠障害
- ☐ めまい・耳鳴り
- ☐ 眼精疲労
- ☐ その他の症状

具体的に	
------	--

2.気になる症状や心身の健康に関して、保健管理センターでの健康相談を希望しますか？

- ☐ 希望する
- ☐ 希望しない

※近日中の相談を希望される方は、保健管理センターにご連絡ください。

3.今まで病気にかかった事がありますか？(現在治療中の病気も含む)

＊アレルギー性鼻炎、花粉症、アトピー性皮膚炎、後遺症はない骨折、一過性の風邪やインフルエンザの申告は不要です。

- ☐ 病気にかかったことがある
- ☐ 病気にかかったことはない

4.今までにかかった事がある病気の現在の状況を選択してください。表示されている以外の病気は、最後の「その他」を選択してください。(複数回答可)

- 治療中

：治療のために病院に通院している
- 経過観察

：定期的に医師の診察や検査を受け経過をみている
- 治癒

：病気が治った状態
- 放置

：医師から治療や経過観察が必要といわれているが通院していない

病名	現在の状況			
心室中隔欠損症	☐ 治療中	☐ 経過観察	☐ 治癒	☐ 放置
心房中隔欠損症	☐ 治療中	☐ 経過観察	☐ 治癒	☐ 放置
WPW症候群	☐ 治療中	☐ 経過観察	☐ 治癒	☐ 放置
川崎病	☐ 治療中	☐ 経過観察	☐ 治癒	☐ 放置
高血圧	☐ 治療中	☐ 経過観察	☐ 治癒	☐ 放置
喘息	☐ 治療中	☐ 経過観察	☐ 治癒	☐ 放置
肺炎	☐ 治療中	☐ 経過観察	☐ 治癒	☐ 放置
自然気胸	☐ 治療中	☐ 経過観察	☐ 治癒	☐ 放置
肺結核	☐ 治療中	☐ 経過観察	☐ 治癒	☐ 放置
IgA腎症	☐ 治療中	☐ 経過観察	☐ 治癒	☐ 放置
糸球体腎炎	☐ 治療中	☐ 経過観察	☐ 治癒	☐ 放置
ネフローゼ症候群	☐ 治療中	☐ 経過観察	☐ 治癒	☐ 放置
糖尿病	☐ 治療中	☐ 経過観察	☐ 治癒	☐ 放置
バセドウ病	☐ 治療中	☐ 経過観察	☐ 治癒	☐ 放置
橋本病	☐ 治療中	☐ 経過観察	☐ 治癒	☐ 放置
胃・十二指腸潰瘍	☐ 治療中	☐ 経過観察	☐ 治癒	☐ 放置
潰瘍性大腸炎	☐ 治療中	☐ 経過観察	☐ 治癒	☐ 放置
全身性エリテマトーデス	☐ 治療中	☐ 経過観察	☐ 治癒	☐ 放置
貧血	☐ 治療中	☐ 経過観察	☐ 治癒	☐ 放置
てんかん	☐ 治療中	☐ 経過観察	☐ 治癒	☐ 放置
難聴	☐ 治療中	☐ 経過観察	☐ 治癒	☐ 放置
統合失調症	☐ 治療中	☐ 経過観察	☐ 治癒	☐ 放置
うつ病	☐ 治療中	☐ 経過観察	☐ 治癒	☐ 放置
その他の病気	☐ 上記以外の病気			

5.上記以外の病気にかかった事がある場合は、病名を記入し、現在の状況を選択してください。

病名	現在の状況
	☐ 治療中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐ 放置
●行を追加する	

6.気を失って倒れて病院に搬送された事がありますか？

- ☐ ある
- ☐ ない

7.あるに回答した方は状況と病名がついている場合は病名、年齢を記入してください。

具体的に	
------	--

8.アレルギーをお持ちですか？

- ☐ アレルギーはない
- ☐ アレルギーがあるがエピペンは携帯していない（原因物質も記入してください）
- ☐ アレルギーがありエピペンを携帯している（原因物質も記入してください）

アレルギーの原因物質	
------------	--

9.障害者手帳をお持ちですか？

- ☐ 障害者手帳はない
- ☐ 障害者手帳がある（障害の種類と程度も記入してください）

視覚障害	級	聴覚障害	級	肢体不自由	級	その他の障害	級	精神障害	級
------	---	------	---	-------	---	--------	---	------	---

＊障害者手帳のコピーを所属キャンパスの保健管理センターにご提出ください

- ☐ 障害者手帳はないが日常生活に制限がある、又は日常生活に配慮が必要である

具体的な制限・配慮	
-----------	--

10.生活習慣について該当箇所を選択してください。

喫煙習慣	☐ 吸わない ☐ 以前吸っていた ☐ 1日10本以内 ☐ 1日11本～20本 ☐ 1日21本以上 (喫煙歴 年)
運動習慣	☐ 毎日運動する ☐ 週数回運動する ☐ 月数回運動する ☐ ほとんど運動しない
朝食の習慣	☐ 毎日食べる ☐ たまに食べる ☐ 食べない
飲酒習慣	☐ 飲まない ☐ 週1回以下 ☐ 週2回～4回 ☐ ほぼ毎日1合未満(180ml未満) ☐ ほぼ毎日1合以上(180ml以上)
睡眠習慣	☐ 5時間未満/日 ☐ 5時間以上～7時間未満/日 ☐ 7時間以上～9時間未満/日 ☐ 9時間以上/日

11.予防接種歴についてお答えください。

これまでに麻疹(はしか)にかかったことがありますか？	☐ ある ☐ ない ☐ 不明
これまでに麻疹(はしか) の予防接種を受けたことがありますか？	☐ 1回受けた ☐ 2回受けた ☐ ない ☐ 不明
これまでに麻疹(はしか)の抗体検査を受けた事がありますか？	☐ ある ☐ ない ☐ 不明

「ある」に回答した方にうかがいます

麻疹(はしか)の抗体検査の結果、抗体はありましたか？	☐ 抗体あり ☐ 抗体なし ☐ 不明
麻疹(はしか)の抗体検査の結果、予防接種は受けましたか？	☐ 1回受けた ☐ 2回受けた ☐ 受けていない ☐ 不明

これまでに風しんにかかったことがありますか？	☐ ある ☐ ない ☐ 不明
これまでに風しんの予防接種を受けたことがありますか？	☐ 1回受けた ☐ 2回受けた ☐ ない ☐ 不明
これまでに風しんの抗体検査を受けた事がありますか？	☐ ある ☐ ない ☐ 不明

「ある」に回答した方にうかがいます

風しんの抗体検査の結果、抗体はありましたか？	☐ 抗体あり ☐ 抗体なし ☐ 不明
風しんの抗体検査の結果、予防接種は受けましたか？	☐ 1回受けた ☐ 2回受けた ☐ 受けていない ☐ 不明

12.その他、保健管理センターへ伝えておきたいことがありましたらご記入ください。これで調査は終了です。お疲れ様でした。

--

＊大学保健管理センター個人情報保護について＊
当センターでは、「個人情報保護に関する法律」、「学校法人青山学院個人情報保護基本方針」、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（厚生労働省）に基づき、個人情報の取扱いについては細心の注意を払っております。