

学生番号

氏名

学校保健安全法に基づき、2021年度の健康調査を実施いたします。中断せずに最後までご回答ください。

「入力内容の確認」ボタンを押して内容を確認後、「送信する」ボタンを押して完了となります。

「送信する」ボタンを押さないと未回答になり、2021年度の健康診断を受けても健康診断証明書が発行されませんのでご注意ください。

※2020年9月の健康調査に回答された方は、設問1・2・12と、設問12の後に続くアンケート調査に回答してください。設問3～11に関しては前回の回答結果が反映されていますので、状況に変化があった場合のみ入力内容を修正してください。

1.現在、気になる症状がありますか？

- 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	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
心房中隔欠損症	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
WPW症候群	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
川崎病	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
高血圧	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
喘息	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
肺炎	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
自然気胸	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
肺結核	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
IgA腎症	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
糸球体腎炎	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
ネフローゼ症候群	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
糖尿病	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
パセドウ病	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
橋本病	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
胃・十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
潰瘍性大腸炎	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
全身性エリテマトーデス	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
貧血	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
てんかん	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
難聴	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
統合失調症	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
うつ病	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 放置
その他の病気	<input type="checkbox"/> 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			
	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 以前吸っていた	<input type="checkbox"/> 1日10本以内	<input type="checkbox"/> 1日11本～20本	<input type="checkbox"/> 1日21本以上	(喫煙歴 年)
運動習慣	<input type="checkbox"/> 毎日運動する	<input type="checkbox"/> 週数回運動する	<input type="checkbox"/> 月数回運動する	<input type="checkbox"/> ほとんど運動しない		
朝食の習慣	<input type="checkbox"/> 毎日食べる	<input type="checkbox"/> たまに食べる	<input type="checkbox"/> 食べない			
飲酒習慣	<input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> 週1回以下	<input type="checkbox"/> 週2回～4回	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日1合未満(180ml未満)	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日1合以上(180ml以上)	
睡眠習慣	<input type="checkbox"/> 5時間未満/日	<input type="checkbox"/> 5時間以上～7時間未満/日	<input type="checkbox"/> 7時間以上～9時間未満/日	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> 1回受けた	<input type="checkbox"/> 2回受けた	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> 抗体あり	<input type="checkbox"/> 抗体なし	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> 1回受けた	<input type="checkbox"/> 2回受けた	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 不明

これまでに風しんにかかったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> 1回受けた	<input type="checkbox"/> 2回受けた	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> 抗体あり	<input type="checkbox"/> 抗体なし	<input type="checkbox"/> 不明
風しんの抗体検査の結果、予防接種は受けましたか？	<input type="checkbox"/> 1回受けた	<input type="checkbox"/> 2回受けた	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 不明

12.その他、健康状態について伝えておきたいことがありましたらご記入ください。

--

入力内容の確認・キャンセル・送信する

\* 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ドライン」(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。