



2025 年度 秋学期 定期健康診断について

対象者：秋学期入学生・復学生・派遣留学生帰国者
秋学期科目等履修生・聴講生・外国人研究生等
※上記以外の春学期入学生は対象外です

保健管理センター

健康の保持増進をはかるため、定期健康診断（無料）を次のとおり実施します。

1. 日程・受付場所

- 下記の日時に受付場所（※時間厳守）にお越しください。
- 次ページの「健康調査票」を印刷し記入の上、学生証とあわせて持参してください。

○千里山キャンパス

月日・曜日	性別	受付時間	所要時間	受付場所
10月3日(金)	男性	14:30～15:00		
10月6日(月)	女性	14:30～15:00	約45～60分	保健管理センター (新関西大学会館 北棟4F)
10月7日(火)	女性	14:30～15:00		
10月8日(水)	男性	14:30～15:00		

2. 健康診断内容

- 健康調査（問診）
- 計測（身長・体重）
- 胸部X線（無地のTシャツを用意してください ※Tシャツの貸し出しはありません
女性はワンピースを着用しないでください。
髪が長い方は髪留めを持参して下さい。）
- 内科診察（新入生など健康診断初回受診者のみ）

3. 注意事項

- 受診当日は、学生証を忘れず持参してください
- 男女の受診日時を間違えないようにしてください。
- 受診していない場合、健康診断証明書の発行はできません。
(授業、研究、実習等で必要になる場合があります。)

お問い合わせは、保健管理センター(06-6368-1175)までご連絡ください。

健康診断の受診に際して配慮が必要な方は、事前に保健管理センターにご相談ください。



今年度4月に健康診断をすでに受診している場合、今回の健康診断を受ける必要はありません。

健 康 調 査 票 (問診票)

学籍番号	例) 法00-0000		ふりがな			
			氏名			
健診受診日	西暦 年 月 日	生年月日	西暦 年 月 日			

☆該当する事項にレ点チェックまたは記入してください

生活習慣

- 1) 1日30分以上の軽く汗をかく運動を
週2日以上、1年以上していますか? はい いいえ
- 2) 平均的な睡眠時間にチェックをしてください。 6時間未満 6~8時間 8時間以上
- 3) 朝食は食べますか? はい 時々(週2、3回) いいえ
- 4) 居住環境について、当てはまるものに
チェックをしてください。
 一人暮らし(下宿) 寄
 家族・親戚と同居 その他
- 5) タバコを吸いますか? はい いいえ

自覚症状

- 6) 現在、気になる自覚症状はありますか?

いいえ
 はい → 「はい」と答えた方は、該当する症状にチェックをしてください。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> からだが疲れやすい
<input type="checkbox"/> イライラ、ゆううつ、楽しめない
<input type="checkbox"/> 食欲がない
<input type="checkbox"/> 急激にやせた、または太った
<input type="checkbox"/> はきけ、胃もたれ、胃痛、下痢症状がある | <input type="checkbox"/> 動悸、胸痛がある
<input type="checkbox"/> 頭痛、めまい、たちくらみがある
<input type="checkbox"/> 息切れ、咳や痰が続く
<input type="checkbox"/> 十分に眠れない
<input type="checkbox"/> ひどい月経痛や周期が不順だ(女子のみ回答) |
|--|--|

心臓検診について

- 7) 今までに心臓の異常を指摘されたことがありますか?

- いいえ → 裏面の設問9)へ進んでください
 はい/再検査を受け、治療中または経過観察中
 はい/再検査を受け異常はなかった、または通院不要と言われた
 はい/再検査を受けていない

- 8) 設問7)で「はい」と答えた方のみ、8-1)~8-4)へ回答してください。

- 8-1) 指摘された病名で、当てはまるものにチェックをしてください。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 心電図異常
<input type="checkbox"/> 不整脈
<input type="checkbox"/> 心雜音
<input type="checkbox"/> 弁膜症 | <input type="checkbox"/> WPW症候群
<input type="checkbox"/> 先天性心疾患
<input type="checkbox"/> 川崎病(冠動脈瘤がある)
<input type="checkbox"/> その他() |
|--|---|

- 8-2) 運動の制限を求められたことはありますか?

- はい、現在もあり 過去にあった いいえ

- 8-3) 50歳以下で心臓突然死した血縁関係のある家族はいますか?

- はい いいえ

- 8-4) スポーツ(体育会クラブ活動に相当の運動)をしていますか、また行う予定がありますか?

- はい いいえ

過去5年以内に意識を失ったことがありますか?

- いいえ
 はい → 意識を失った原因は何ですか?
 アレルギー(アナフィラキシーショック) 貧血
 てんかん その他()
 起立性調節障害(たちくらみ)

☆裏面もご記入ください☆

既往歴

10) 下記の病気にかかったことがあれば、チェックを入れて当てはまる状況に○をしてください。

特になし

当てはまる疾患にチェックを入れて、1~4に○をしてください

- 肺結核 (1:治療中 2:観察中 3:放置中断 4:治癒)
- 脳血管疾患 (1:治療中 2:観察中 3:放置中断 4:治癒)
- 糖尿病 (1:治療中 2:観察中 3:放置中断 4:治癒)
- てんかん (1:治療中 2:観察中 3:放置中断 4:治癒)
- 腎疾患 (1:治療中 2:観察中 3:放置中断 4:治癒)
- 潰瘍性大腸炎・クローン病 (1:治療中 2:観察中 3:放置中断 4:治癒)
- 甲状腺疾患 (1:治療中 2:観察中 3:放置中断 4:治癒)
- 気胸 (1:治療中 2:観察中 3:放置中断 4:治癒)
- 喘息 (1:治療中 2:観察中 3:放置中断 4:治癒)
- 食物・薬物アレルギー (1:治療中 2:観察中 3:放置中断 4:治癒)
- うつ・不安・適応障害・過換気 (1:治療中 2:観察中 3:放置中断 4:治癒)
- 発達障害 (1:治療中 2:観察中 3:放置中断 4:治癒)

(発達障害とは、自閉症スペクトラム/注意欠陥・多動性障害/学習障害など)

- 1:治療中(定期的に受診、薬を飲んでいる)
- 2:観察中(定期的に受診や検査をしているが、薬や治療はない)
- 3:放置中断(自己判断で受診をやめた)

11) その他に、治療中・観察中の病気があれば記入してください。

① 病名: _____

② 病名: _____

③ 病名: _____

12) 日中に連絡がつく緊急連絡先と続柄を記入してください。

(緊急連絡先: 続柄:)

13) 障害者手帳を持っていますか? いいえ はい

14) 治療中、観察中の病気がある方、障害者手帳を持っている方にお尋ねします。

学生生活において配慮を必要としていますか?

いいえ はい すでに配慮を受けている、または相談予定である

以 上

※上記の情報は個人情報保護法を遵守して取り扱います
関西大学保健管理センター

※以下、保健管理センター記入欄

<計測>

身長 _____ cm
体重 _____ Kg

<診察>

- 異常なし
- 所見あり
- 心雜音 不整脈 甲状腺腫大

他覚症状 _____