



## 2024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11日(金)	男性	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15日(火)	女性	14:30~15:00		
10月16日(水)	女性	14:30~15:00		
10月17日(木)	男性	14:30~15:00		

### 2. 健康診断内容

- (1) 健康調査（問診）
- (2) 計測（身長・体重）
- (3) 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。）
- (4) 内科診察（新生入生など健康診断初回受診者のみ）

### 3. 注意事項

- (1) 受診当日は、学生証を忘れず持参してください
- (2) 男女の受診日時を間違えないようにしてください。
- (3) 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)  寮  
 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？

- はい  いいえ →設問7)へ進んでください

「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"/> 動悸、胸痛がある              |
| <input type="checkbox"/> イライラ、ゆううつ、楽しめない     | <input type="checkbox"/> 頭痛、めまい、たちくらみがある       |
| <input type="checkbox"/> 食欲がない               | <input type="checkbox"/> 息切れ、咳や痰が続く            |
| <input type="checkbox"/> 急激にやせた、または太った       | <input type="checkbox"/> 十分に眠れない               |
| <input type="checkbox"/> はきけ、胃もたれ、胃痛、下痢症状がある | <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」と答えた方のみ回答ください。

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"/> WPW症候群      |
| <input type="checkbox"/> 不整脈   | <input type="checkbox"/> 先天性心疾患      |
| <input type="checkbox"/> 心雑音   | <input type="checkbox"/> 川崎病(合併症がある) |
| <input type="checkbox"/> 弁膜症   | <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

☆ 裏面もご記入ください ☆

9) 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)  
 てんかん  
 起立性調節障害(たちくらみ)

貧血  
 その他( )

既往歴

10) 下記の病気にかかったことがあれば、当てはまる状況について下表1~4の番号を記入してください。

特になし

↓状況について、下表の1~4を記入してください

<input type="checkbox"/> 肺結核	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患
<input type="checkbox"/> 脳血管疾患	<input type="checkbox"/> 気胸
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 喘息
<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> 食物・薬物アレルギー
<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> うつ・不安・適応障害・過換気
<input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎・クローン病	<input type="checkbox"/> 発達障害 (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)
4. 治癒(治った、医師より受診不要といわれた)

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？  はい  いいえ

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？

はい  いいえ  すでに配慮を受けている、または相談予定である

※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  
 心雑音  不整脈  甲状腺腫大

他覚症状 \_\_\_\_\_