

★ 必要事項を記入し健康診断当日にご持参ください。

※ 記入不要 *Don't fill out*

Please fill out the questionnaire and bring it at the time of medical examination.

視力	血圧	計測	診察
X-P No.			

内科診察問診票

Questionnaire

学籍番号 <i>Student I.D.No.</i> (三重大学の学生番号です。わからない場合は記入不要)	カガナ 氏名 <i>Name</i>	年齢 <i>Age</i> 才 (男 <i>M</i> ・ 女 <i>F</i>)
学部等 <i>Faculty</i>	生年月日 (西暦) <i>Date of Birth</i> 年 月 日 d / m / y	学年等 <i>Grade</i>
	<input type="checkbox"/> 人文 <i>Hum.</i> <input type="checkbox"/> 教育 <i>Edu.</i> <input type="checkbox"/> 医 <i>Med.</i> <input type="checkbox"/> 工 <i>Eng.</i> <input type="checkbox"/> 生物資源 <i>Bio.</i> <input type="checkbox"/> イノベーション <i>Innov.</i> <input type="checkbox"/> 国際交流 <i>Center for international</i>	
* 電話 <i>Phone</i>		

*は健康診断の結果によって本人への連絡が必要になった場合に使用します。

The information may be used when we need to contact you as a result of medical examination.

以下の質問にお答えください。 *Please check either yes or no for the following questions.*

1. 心臓が悪いと言われたことがありますか? <i>Have you ever been told that you have some heart problems?</i>	<input type="checkbox"/> いいえ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> はい <i>Yes</i>
2. 時々、脈がとぶことがありますか? <i>Does your heart sometimes skip beats?</i>	<input type="checkbox"/> いいえ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> はい <i>Yes</i>
3. 階段を昇ると息切れがしますか? <i>Do you feel breathlessness when you go upstairs?</i>	<input type="checkbox"/> いいえ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> はい <i>Yes</i>
4. 食欲がおちていますか? <i>Do you have a poor appetite?</i>	<input type="checkbox"/> いいえ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> はい <i>Yes</i>
5. 最近、急にやせてきましたか? <i>Have you started losing weight very rapidly in a short period of time?</i>	<input type="checkbox"/> いいえ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> はい <i>Yes</i>
6. 夜寝つきが悪かったり、眠ってからもすぐ目を覚ましたりすることがありますか? <i>Do you have trouble sleeping at night frequently?</i>	<input type="checkbox"/> いいえ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> はい <i>Yes</i>
7. 大きな病気(こころ・からだ)をしたことはありますか? <i>Have you ever had any serious illness(mental·physical)?</i>	<input type="checkbox"/> いいえ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> はい <i>Yes</i> ↓
病名 <i>Disease</i> : _____		年齢 <i>Age</i> () 才
現在いかがですか? ①治癒 ②経過観察中(ご自身で) ③経過観察中(医師により) ④治療中 ⑤その他 <i>How is it now? cured observation(by yourself) observation(by doctor) during treatment the others</i>		
8. こころとからだのことで何か相談したいことがありますか? <i>Would you like to consult something about your mental or physical?</i>	<input type="checkbox"/> いいえ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> はい <i>Yes</i> ↓
どのようなことですか? <i>What kind of problem is it?</i>		
9. 現在たばこを吸いますか? <i>Do you smoke?</i>	<input type="checkbox"/> いいえ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> はい <i>Yes</i> → 1日()本 <i>cigarettes a day</i>
10. 妊娠していますか? <i>Are you pregnant?</i>	<input type="checkbox"/> いいえ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> はい <i>Yes</i>

この問診票は内科診察と保健指導の目的以外に使用することはなく、個人のプライバシーを外部に公表することはありません。
The questionnaire will be used only for medical examination and health guidance, and personal information will not be disclosed to the outside.