

# 令和2年度 新入生健康診断の受診案内

Guidance of Health Checkup for the 1st-Year-Student, 2020.

実施日 Date	受付時間 Reception Hours	対象学生 Subject
11月4日 (水)  Wed. Nov.4	10:00～ 10:30	令和2年度4月入学の聴講生・科目等履修生等 Non regular students who enrolls in April, 2020.
	10:30～ 11:45	令和2年度4月に入学し、日本に滞在している留学生 1st-Year-International student who enrolls after April,2020 and stays in Japan.
		10:30～11:00 人文 Humanities
		11:00～11:30 生物資源 Bioresources ・ 教育 Education
	11:30～11:45 医学 Medicine ・ 工学 Engineering ・ イノベ Innovation	

**健診項目** : ① 身体計測 Height and weight ② 血圧測定 Blood Pressure  
Contents ③ 問診 Health questionnaire ④ 胸部X線撮影 Chest X-ray

**持ち物** .. ① 内科診察問診票 (記入後に持参) Please bring a Health questionnaire after fill out.  
Belongings ② マスク着用 wear a mask

**健診会場** : 保健管理センター (総合研究棟Ⅱ 1F)  
Place Center for Physical & Mental Health (Integrated Research Building Ⅱ 1F )  
<http://www.mie-u.ac.jp/health/files/257240e708bf6007f58325706e66885b.pdf>

## 注意事項 Important notes

- ❑ 発熱や咳など、風邪症状がある学生は、受診できません。  
Students who have cold symptoms Like Fever or Cough can not take this health checkup.
- ❑ 当日は胸部X線撮影があります。ネックレスをはずしボタンや刺繍のないTシャツを着て受診してください。  
You will take Chest X-ray on the day, please do not wear necklaces but simple T-shirt without any works or buttons.
- ❑ 今回の健康診断を受診された方は、12月1日から健康診断証明書の交付が受けられます。  
The students who took this health checkup can get certificate of health from Dec.1.
- ❑ 職場・医療機関・人間ドックの健診結果 (令和2年1～12月受診) の写しを提出することで、今回の健康診断受診に代えることができます。  
In case you cannot take this health checkup, it is OK to submit the copy of the result from other medical clinic.

お問い合わせは、保健管理センターへ (TEL 059-231-9068)  
If you have any question, please come to Center for Physical & Mental Health.

裏面：内科診察問診票  
See the Questionnaire on the other side.



★ 必要事項を記入し健康診断当日ご持参ください。

Please bring this questionnaire on the medical examination day after having filled out.

※ 記入不要 Don't fill out

視力	血圧	計測	診察
X-P No.			

# 内科診察問診票

Questionnaire

フリガナ 氏名 Name	年齢 Age 才 (男 M・女 F)	学籍番号 Student I.D.No.  (三重大大学の学生番号です。わからない場合は記入不要)
学部等 Faculty	<input type="checkbox"/> 人文 Hum. <input type="checkbox"/> 教育 Edu. <input type="checkbox"/> 医 Med. <input type="checkbox"/> 工 Eng. <input type="checkbox"/> 生物資源 Bio. <input type="checkbox"/> イノベーション Innov. <input type="checkbox"/> 国際交流 Center for International	<input type="checkbox"/> 学部 Undergraduate Student ( ) 年 <input type="checkbox"/> 大学院 Graduate Student (M・P・D ) 年 <input type="checkbox"/> 研究生・特別聴講学生・科目等履修生等 (Research / Auditing / Elective) Student, Others
		*電話 Phone

\*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? ..... Have you ever been told that you have some heart problems ?	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes
2. 時々、脈がとぶことがありますか? ..... Does your heart sometimes skip beats ?	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes
3. 階段を昇ると息切れがしますか? ..... Do you feel breathlessness when you go upstairs ?	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes
4. 食欲がおちていますか? ..... Do you have a poor appetite ?	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes
5. 最近、急にやせてきましたか? ..... Have you started losing weight very rapidly in a short period of time ?	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes
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? Do you have difficulty to get asleep or wake up frequently during the night ?	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes
7. 大きな病気(こころ・からだ)をしたことはありますか? ..... Have you ever had any serious illness( mental・physical ) ?	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes ↓
( 病名 Disease : _____ 年齢 Age ( ) 才 ) 現在いかがですか? ①治癒 cured ②経過観察中(ご自身で) observation(by yourself) ③経過観察中(医師により) observation(by doctor) ④治療中 during treatment ⑤その他 the others		
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?..... Would you like to consult something about your body and mind ?	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes ↓
( どのようなことですか? What kind of problem is it ? )		
9. 現在たばこを吸いますか?..... Do you smoke?	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes → 1日( )本 cigarettes a day
10. 妊娠していますか? ..... Are you pregnant ?	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes

この問診票を内科診察および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。  
With exception of the use for medical examination and health guidance, the private information written in this form will never be disclosed.