

2026 獨協大学 健康についてのアンケート

受付番号  
(健診機関使用欄)

- ・記載内容及び健康管理情報については、本学「個人情報の保護に関する規程」に基づき適切に管理します。保健センターの個人情報の取扱いについては、大学ホームページ (MENU> 学生生活> 保健・安全衛生> 保健センター> 個人情報の取扱いについて) にてご確認ください。
- ・記載内容および健康診断結果について、後日、保健センターから連絡させていただくことがあります。

**※今年度留学予定のある方は、胸部X線検査の対象になります。**

留学予定がありますか

はい いいえ

 

学籍番号

カナ氏名 \_\_\_\_\_ 様

携帯または自宅TEL \_\_\_\_\_

生年月日(西暦) 年 月 日

【1】 以下の項目についてあてはまるものに○を、( ) 内には数字を記入してください。(※過去1か月以内の状況)

|                                  |  |       |      |    |
|----------------------------------|--|-------|------|----|
| 1. 長引く咳(2週間以上)・痰がある              | はい   | いいえ   |      |    |
| 2. 動悸・息切れ・胸痛・脈の乱れがある             |  |       |      |    |
| 3. 頭痛がある                         |  |       |      |    |
| 4. 胃痛・食欲がない・胃のもたれ・胸やけがある         |  |       |      |    |
| 5. 腹痛・便に血が混じる・便秘・下痢がある           |  |       |      |    |
| 6. 尿に血が混じる・排尿時痛・頻尿がある            |  |       |      |    |
| 7. 手足のむくみがある                     |  |       |      |    |
| 8. からだがだるい                       |  |       |      |    |
| 9. 眼が疲れやすい                       |  |       |      |    |
| 10. 睡眠で休養がとれていないと感じる             |  |       |      |    |
| 11. めまい・耳鳴りがする                   |  |       |      |    |
| 12. [女子のみ] 月経痛のため日常生活に支障がある      |  |       |      |    |
| 13. 月経が3か月以上きていない                |  |       |      |    |
| 14. 人と会うと緊張する                    | いつも  | 時々    | まれに  | ない |
| 15. 不安感が強い                       |  |       |      |    |
| ◆食事について                          | 朝食   |       |      |    |
|                                  | 昼食   |       |      |    |
|                                  | 夕食   |       |      |    |
|                                  | 間食(夜食)   |       |      |    |
| ◆運動について                          | 毎日食べる  | 時々食べる | 食べない |    |
| 1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上行っている      |  |       |      |    |
| 通学時間: 片道 ( ) 分 → うち歩く時間 片道 ( ) 分 | はい   | いいえ   |      |    |
| ◆現在の住居に同居者はいますか?                 | いる   | いない   |      |    |
| ※同居者: 家族や親族、同棲するパートナーなど          |  |       |      |    |
| ◆睡眠について (1日平均)                   | 5時間未満  |       |      |    |
|                                  | 5-7時間  |       |      |    |
|                                  | 7-9時間  |       |      |    |
|                                  | 9時間以上  |       |      |    |
| ◆健康状態について                        | とても健康  |       |      |    |
|                                  | まあまあ健康   |       |      |    |
|                                  | ふつう  |       |      |    |
|                                  | あまり健康でない   |       |      |    |
| ◆喫煙について                          | 吸わない   |       |      |    |
|                                  | やめた  |       |      |    |
|                                  | 吸う: 1日10本以内  |       |      |    |
|                                  | 1日11~20本   |       |      |    |
|                                  | 1日21本以上  |       |      |    |
| ◆アルコールについて                       | 飲まない   |       |      |    |
|                                  | 飲む: 週1回以下  |       |      |    |
|                                  | 週2-4回  |       |      |    |
|                                  | 毎日   |       |      |    |
|                                  | 「飲む」と答えた方 → 1日あたり ( ) 合  |       |      |    |
|                                  | ※清酒1合(180ml)あたりの目安・ビール1本(500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキー1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml) |       |      |    |

【2】 大学で初めて健康診断を受ける方のみ記入してください。

今までの健康診断で次のことについて異常を指摘され、医療機関で検査または治療を受けたことがありますか。該当する番号に○をつけ、受けたことがあればその時の年齢と結果、受診の状況についても記入してください。

- 特になし
- 心雑音 ( ) 才 結果: 異常なし / 異常あり (所見) → 通院中・終了 (最終受診) 年
- 心電図異常 ( ) 才 結果: 異常なし / 異常あり (所見) → 通院中・終了 (最終受診) 年
- 検尿の異常 ( ) 才 結果: 異常なし / 異常あり (所見) → 通院中・終了 (最終受診) 年

**★A4両面印刷★**

**【3】** 以下①、②についてあてはまるものに○を付けてください。

① アナフィラキシーショックの既往はありますか。

なし  →②へ

あり  →右の枠に発症年齢を記載後、②へ

該当番号

|   |   |   |
|---|---|---|
| 0 | 7 | 6 |
|---|---|---|

発症年齢

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

② 治療中の疾患はありますか。※前回健診で提出以降、新たに発症した疾患のみ記入してください。

なし  →【4】へ

あり  →該当するものを以下から選び、右記の表にご記入ください。

|                  |                  | 該当番号 | 発症年齢 |
|------------------|------------------|------|------|
| 010 肺結核          | 013 喘息           |      |      |
| 024 心疾患 ( )      |                  |      |      |
| 030 糖尿病          | 031 甲状腺疾患 ( )    |      |      |
| 041 潰瘍性大腸炎       | 044 過敏性腸症候群      |      |      |
| 063 腎疾患 ( )      | 070 貧血(立ちくらみを除く) |      |      |
| 080 意識消失・失神      | 082 てんかん         |      |      |
| 090 自律神経失調症      | 091 うつ病          |      |      |
| 092 神経症・不安障害     | 093 統合失調症        |      |      |
| 095 摂食障害         | 096 過換気症候群       |      |      |
| 201 その他① 疾患名 ( ) |                  |      |      |
| 202 その他② 疾患名 ( ) |                  |      |      |

**【4】** こころのチェック表 K6

過去30日の間にどれくらいの頻度で次のことがありましたか。あてはまるところに○をつけてください。  
次に、得点欄に○をつけた点数を記入し、合計点数を右下の太枠に記入してください。

| 質 問                                | 全くない | 少しだけ | 時々 | たいてい | いつも | 得点   |
|------------------------------------|------|------|----|------|-----|------|
| 1 神経過敏に感じましたか                      | 0    | 1    | 2  | 3    | 4   |      |
| 2 絶望的だと感じましたか                      | 0    | 1    | 2  | 3    | 4   |      |
| 3 そわそわ、落ち着かなく感じましたか                | 0    | 1    | 2  | 3    | 4   |      |
| 4 気分が沈み込んで、何が起ころしても気が晴れないように感じましたか | 0    | 1    | 2  | 3    | 4   |      |
| 5 何をするのも骨折りだと感じましたか                | 0    | 1    | 2  | 3    | 4   |      |
| 6 自分は価値のない人間だと感じましたか               | 0    | 1    | 2  | 3    | 4   |      |
|                                    |      |      |    |      |     | 合計点数 |

**【その他】** 全員回答してください。

保健センターには、校医(内科・婦人科・精神科)、看護スタッフ、カウンセラー、栄養士がいます。  
聞きたいこと、相談したいことがある方は「あり」に、特にない方は「なし」に○をつけてください。

なし

あり

「あり」に○をした方は相談したい内容を記入してください。