



# 健康診断問診票

## 身体検査問診単

保健管理センター 保健管理中心

学部 学院	学生番号 学号	国籍 公民权国家
氏名 姓名	性別	<input type="checkbox"/> 既婚 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 家族同伴 家属同住 <input type="checkbox"/> 单身 独居

あなたの該当する項目にチェックをしてください(□)  
请在下列相应项目栏填入记号

◎既往歴 (疾) 病史 有 是 無 无

病名

- |                                   |                                |                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 結核 结核    | <input type="checkbox"/> 肝炎 肝炎 | <input type="checkbox"/> 腎炎 肾炎       |
| <input type="checkbox"/> 麻疹 麻疹    | <input type="checkbox"/> 風疹 风疹 | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 腮腺炎 |
| <input type="checkbox"/> 水痘 水痘    | <input type="checkbox"/> 手術 手术 | <input type="checkbox"/> 外傷 外伤       |
| <input type="checkbox"/> 貧血 贫血    |                                |                                      |
| <input type="checkbox"/> その他 其他 { |                                | }                                    |

◎予防接種 接種疫苗

- |                                |                                |                                      |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 麻疹 麻疹 | <input type="checkbox"/> 風疹 风疹 | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 腮腺炎 |
| <input type="checkbox"/> 水痘 水痘 | <input type="checkbox"/> 結核 结核 | <input type="checkbox"/> 肝炎 肝炎       |

◎循環器疾患 循环系统疾病

○心電図検査を受けた事が有りますか? 你曾经做过心电图检查吗?

有 是 無 无

○下記を指摘された事は有りますか? 你是否曾经被指出过以下情况?

心電図異常 心电图异常 心雑音 心脏杂音 心臓病 心脏病

◎最近の健康状態 身体近况

- |           |                               |   |
|-----------|-------------------------------|---|
| ○食欲       | <input type="checkbox"/> 良 好的 | <input type="checkbox"/> 不良 不好                                |
| ○便秘 大便    | <input type="checkbox"/> 順 正常 | <input type="checkbox"/> 不順 不正常                               |
|           |                               | ( <input type="checkbox"/> 下痢 腹泻 <input type="checkbox"/> 便秘) |
| ○睡眠       | <input type="checkbox"/> 良 好的 | <input type="checkbox"/> 不良 不好                                |
| ○月経 月经    | <input type="checkbox"/> 順 規律 | <input type="checkbox"/> 不順 不規律                               |
| 月経不調 月经不調 | <input type="checkbox"/> 無 无  | <input type="checkbox"/> 有 是                                  |

○自覚症状 自觉症状

身体の不調がある方は下記にチェックをしてください(□)  
身体不适者请在下列相应栏目注明记号

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 疲れやすい 易疲劳      | <input type="checkbox"/> 咳 咳嗽  |
| <input type="checkbox"/> 立ちくらみ、めまい 头晕眼花 | <input type="checkbox"/> 頭痛 头痛 |
| <input type="checkbox"/> 動悸、不整脈 心律不齐    | <input type="checkbox"/> 浮腫 浮肿 |
| <input type="checkbox"/> 胃の調子が悪い 胃不舒服   | <input type="checkbox"/> 腹痛 胃痛 |
| <input type="checkbox"/> 体重増加、減少 体重增加、減 | <input type="checkbox"/> 微熱 低烧 |
| <input type="checkbox"/> その他 其他 {       | }                              |

◎現在治療中の疾病

正在治療中の疾病 有 是 無 无

病名 疾病名称

{ }

◎心身の健康のことで相談したいことがあれば何でも記入してください。

请写下您希望得到解决的健康方面的问题。

{ }

◎日本での生活で困ることがあれば記入してください。

请写下您在日本生活中所遇到的困难。

{ }

※健康上困ることがあれば、いつでも保健管理センターへお越しください。

如在健康方面出現問題的話 欢迎随时来保健管理中心。