

ご自分の学部等を選んでください

- 人文社会科学部 理工学部 医学部医学科
教育学部 農学生命科学部 医学部保健学科・心理支援科学科

回答いただいた個人情報は、本学個人情報管理規程に基づき適正に管理します

内科診察問診票

※太枠内は学生個人で事前に記入すること

学籍番号	
健康診断受検日 2025年 月 日	
(ふりがな)	生年月日 Date of birth
氏名 Name	西暦 年 月 日
下記の質問にお答え下さい。「はい」の場合は()に詳しくご記入下さい。	
1. 現在、治療中の病気はありますか？ いいえ・はい(病名/)	
2. 現在、治療はしていないが経過観察中の病気はありますか？ いいえ・はい(病名/)	
3. これまでに、入院されたことがありますか？ いいえ・はい(病名/)	
4. 心臓の病気を指摘されたことがありますか？ いいえ・はい(病名/)	
5. 目の症状、耳の症状、鼻の症状、喉の症状、皮膚の症状で気になる症状はありますか？ (1. 2に挙げたものは除く) いいえ・はい(症状/)	
6. 現在、自分の体や体調で心配なことがありますか？ いいえ・はい()	

※内科診察医記載欄

診察所見で「その他」を選んだ場合はこちらに記入してください。