

ざいこうせいけんこうしんだんもんしんひょう  
APU在校生健康診断問診票

APU Student Health Exam Interview Card

Jno. \_\_\_\_\_  
Do not write in this space.

学籍番号 Student ID No.								性別 Gender	男 Male	女 Female	受診日 Exam Date	20	年 year	月 month	日 day
名前 Name								国籍 Nationality				生年月日 Date of Birth	年 year	月 month	日 day
緊急連絡先: Emergency contact information: _____ 内線 Ext. _____									*健診の結果、至急連絡をする必要がある場合に利用しますので、携帯電話や寮の内線番号など確実に連絡がとれる連絡先を記載してください。 *We may need to contact you in case of emergency. Please write a phone number (home or mobile) where you can be reached.						

1. **今までになにか大きな病気にかかったことがありますか?**  
Have you ever experienced any serious diseases?

はい Yes      いいえ No

はいと答えた方にお聞きします。具体的にどのような病気でしたか?  
If yes, please provide details:
2. **現在治療中の病気がありますか?**  
Are you currently being medically treated for any illness?

はい Yes      いいえ No

はいと答えた方にお聞きします。具体的にどのような病気ですか?  
If yes, please provide details:
3. **現在内服している薬がありますか? Are you currently taking any medicine?**

はい Yes      いいえ No

薬の名前や使用頻度  
If so, give the name of any medicine(s) and how often you use it:
4. **最近、なにか気になる症状、もしくは困っている事や心配事、悩み事がありますか?**  
Have you recently had any of symptoms, or any concern, anxiety, worries?

はい Yes      いいえ No

はいと答えた方にお聞きします。具体的に記入をしてください。  
If yes, please provide details;

※心理カウンセリングを希望しますか? Would you like to meet with a counselor?  
はい Yes      いいえ No
5. **結核と診断されたことはありますか?**  
Have you ever been diagnosed with tuberculosis?

はい Yes      いいえ No

「はい」の場合その詳細をご記入下さい。 If yes, please provide details:  
いつごろですか? When? (\_\_\_\_\_)

結核の薬を飲みましたか? Did you take any tuberculosis medication?      はい Yes      いいえ No

期間 If so, for how long? (\_\_\_\_\_)
6. **同居している家族や親しい友達の中に結核にかかった人がいますか?**  
Have any of your family members or close friends ever contracted tuberculosis?

はい Yes      いいえ No      分からない Do not know

「はい」の場合その詳細をご記入下さい。 If yes, please provide details:  
だれ 誰ですか?      父      母      兄弟・姉妹      祖父母      おじおば      ともだち      その他  
Who?      Father      Mother      Brother/Sister      Grandparent      Aunt/Uncle      Cousin      Friend      Other

それはあなたが何才のころでしたか? Approximately how old were you when this occurred? (\_\_\_\_\_)
7. **タバコを吸いますか? 1つ選んで○を付けてください。 Do you smoke? (Circle one answer. If you choose (1) or (2), answer the questions on the right.)**

(1) 習慣的に吸っている I am a smoker.      (2) 以前吸っていた I used to smoke.      (3) 吸ったことがない I have never smoked.

す はじ ねんれい  
吸い始めた年齢は? How old were you when you started smoking?      ( )

いち ほんすう  
1日に吸う本数は? How many cigarettes do (did) you smoke in a day?      ( )
8. **女性のみ記入して下さい。 For female students only:**

妊娠していますか? またその可能性はありますか? Are you pregnant or is there a possibility you might be pregnant?  
はい Yes      いいえ No

※"はい"を選択した方は、健康診断の受付時、スタッフにお伝えください。  
If you answered "yes," please inform the staff at the reception desk when you check in.

げんざい けんしんとうじつ せいりちゅう  
現在(健診当日)は生理中ですか? Are you currently menstruating (on the day of your exam)?  
はい Yes      いいえ No

判定 Leave this section blank.