

APU新入生健康診断問診票 APU Student Health Exam Interview Card

Jno. Do not write in this space.

学籍番号 Student ID No.	名前 Name	生年月日 Date of Birth <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>year</td> <td>month</td> <td>day</td> </tr> </table>	年	月	日	year	month	day
年	月	日						
year	month	day						

電話 Phone number — —	性別 Gender	咳やのどの痛み・鼻水などの風邪症状 Cold symptoms such as headache, soar throat, or etc.
	男 / 女 Male Female	あり / なし I have. / I do not have.

1. 新型コロナウイルス感染症のワクチンを接種しましたか? はい / いいえ

Did you get the COVID-19 vaccine? Yes / No

①はいと答えた方にお聞きます。ワクチンの種類は何ですか? ( )

If yes, which vaccine did you receive? ( )

②ワクチン接種回数と最終接種日を回答してください。 ( )

How many times have you been vaccinated? Please provide the date of your last vaccination. ( )

回	年	月	日
times	year	month	day

2. 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? はい / いいえ

Have you ever had any serious diseases? Yes / No

はいと答えた方にお聞きます。具体的にどのような病気でしたか? ( )

If yes, please provide details: ( )

3. 現在治療中の病気や内服している薬がありますか? はい / いいえ

Are you currently receiving medical treatment for any illness or taking any medicine? Yes / No

はいと答えた方にお聞きます。具体的にどのような病気でしたか? ( )

If yes, please provide details: ( )

薬の名前や使用頻度 ( )

If so, give the name of any medicine(s) and how often you take it/them: ( )

4. 最近、下記のような症状はありますか? Have you recently experienced any of the following symptoms?

**いいえ No / はい Yes** ⇒ はいの方は下記のあてはまる症状すべてにチェックをしてください If yes, please check any of the following which apply to you.

<input type="checkbox"/> 1週間以上続く熱 persistent fever	<input type="checkbox"/> めまい persistent dizziness	<input type="checkbox"/> 動悸 heart palpitations	<input type="checkbox"/> 頭痛 headache
<input type="checkbox"/> 1週間以上続く咳 persistent cough	<input type="checkbox"/> 耳鳴り ringing in the ear	<input type="checkbox"/> 息切れ short of breath	<input type="checkbox"/> 疲労感 fatigue
<input type="checkbox"/> 1週間以上続く痰 persistent phlegm	<input type="checkbox"/> 腹痛が続く persistent stomachache	<input type="checkbox"/> 下痢が続く persistent diarrhea	<input type="checkbox"/> 不眠 lack of sleep
<input type="checkbox"/> 1週間以上続く胸痛 persistent chest pain	<input type="checkbox"/> 便秘が続く persistent constipation	<input type="checkbox"/> 食欲不振 loss of appetite	<input type="checkbox"/> イライラ irritation
<input type="checkbox"/> その他 other; ( )			

5. 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? はい / いいえ

Have you recently had any symptoms, or any concerns, anxiety, or worries? Yes / No

はいと答えた方にお聞きます。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 like to meet with a counselor? はい Yes / いいえ No

6. 以下の感染症と診断されたことはありますか? Have you ever been diagnosed with below infectious diseases?

いいえ No  結核 tuberculosis  B型肝炎 Hepatitis B  C型肝炎 Hepatitis C  HIV  その他 other ( )

7. 女性のみ記入してください。For female students only:

①妊娠していますか? またその可能性はありますか? はい / いいえ

Are you pregnant, or is there a possibility you might be pregnant? Yes / No

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

②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

スタッフ記入欄/Do not write in this space.

内科診察所見	○呼吸器系… 無 / 有 ( )	○甲状腺… 無 / 有 ( )
	○循環器系… 無 / 有 ( )	○その他… 無 / 有 ( )

指示及び判定 *Leave this section blank*