

健康调查问卷 (問 診 票)

填写日期 (記入日)	国籍 (国 籍)	<input type="checkbox"/> 御幸宿舎 (御幸学生宿舎) <input type="checkbox"/> 国際交流会館 (国際交流会館) <input type="checkbox"/> 拓翠寮 (拓翠寮) <input type="checkbox"/> 愛公寓 (あいレジデンス) <input type="checkbox"/> 合租公寓 (シェアハウス) <input type="checkbox"/> 公寓 (マション・アパート) <input type="checkbox"/> 其他 (その他) ()		
专业学科 (所 属)	名字 (氏 名)	性别 (性 別)	生日(年/月/日) (生年月日)	年齢 (年齢)
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		

为了维护每个人的健康，请选择以下有关各位自身的健康问题。

(皆さんの健康をサポートするために、健康に関する下記質問の該当する項目にチェックしてください。)

① 现在身体是否有不适? (現在 身体の不調がありますか?)	<input type="checkbox"/> 有 (あり) <input type="checkbox"/> 没有 (なし)			
② 第一问选择「有」时， 请回答第二问。 (①で「あり」にチェックした方におたずねします。)	有何症状? (どのような症状がありますか?)	<input type="checkbox"/> 两周以上的咳嗽 (2 週間以上続く咳) <input type="checkbox"/> 痰多 (痰) <input type="checkbox"/> 咳血 (血痰) <input type="checkbox"/> 胸痛 (胸痛) <input type="checkbox"/> 呼吸困难 (呼吸困難) <input type="checkbox"/> 发烧 (発熱) <input type="checkbox"/> 头疼 (頭痛) <input type="checkbox"/> 盗汗 (寝汗) <input type="checkbox"/> 食欲低下 (食欲低下) <input type="checkbox"/> 体重减少 (体重減少) <input type="checkbox"/> 痢疾 (下痢) <input type="checkbox"/> 呕吐 (嘔吐) <input type="checkbox"/> 腹痛 (腹痛) <input type="checkbox"/> 其他 (その他) ()		
	针对以上症状是否已去医院就诊? (その症状について病院を受診しましたか?)	<input type="checkbox"/> 是 (はい) <input type="checkbox"/> 否 (いいえ)		
	填写诊断结果。(何と診断されましたか?)	()		
③ 至今是否有得第四问内容的疾病或正在治疗中的疾病? (これまでにかかった病気や治療中の病気がありますか?)	<input type="checkbox"/> 是 (はい) <input type="checkbox"/> 否 (いいえ)			
④ 第三问选择「是」时，请回答第四项问题。选择或填写疾病名称。 (③で「あり」にチェックした方におたずねします。その病気は何ですか?)	<input type="checkbox"/> 结核 (結核) <input type="checkbox"/> 哮喘 (喘息) <input type="checkbox"/> 肺部疾病 (肺疾患) <input type="checkbox"/> 肝部疾病 (肝疾患) <input type="checkbox"/> 肾脏疾病 (腎疾患) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (糖尿病) <input type="checkbox"/> 癌症 (がん) <input type="checkbox"/> 感染 HIV/艾滋病 (HIV 感染/AIDS) <input type="checkbox"/> 器官移植 (臓器移植) <input type="checkbox"/> 其他 (その他) ()			
⑤ 是否接种以下疫苗? (ワクチンを接種したことがありますか?)	白喉 (ジフテリア)	<input type="checkbox"/> 是 (あり)	<input type="checkbox"/> 否 (なし)	<input type="checkbox"/> 不明 (不明)
	脊髓灰质炎俗称小儿麻痹症 (ポリオ)	<input type="checkbox"/> 是 (あり)	<input type="checkbox"/> 否 (なし)	<input type="checkbox"/> 不明 (不明)
	BCG 卡介苗 (BCG)	<input type="checkbox"/> 是 (あり)	<input type="checkbox"/> 否 (なし)	<input type="checkbox"/> 不明 (不明)
	百日咳 (百日咳)	<input type="checkbox"/> 是 (あり)	<input type="checkbox"/> 否 (なし)	<input type="checkbox"/> 不明 (不明)
	麻疹 (麻疹 はしか)	<input type="checkbox"/> 是 (あり)	<input type="checkbox"/> 否 (なし)	<input type="checkbox"/> 不明 (不明)
	风疹 (風疹 三日はしか)	<input type="checkbox"/> 是 (あり)	<input type="checkbox"/> 否 (なし)	<input type="checkbox"/> 不明 (不明)
	水痘 (水痘 みずぼうそう)	<input type="checkbox"/> 是 (あり)	<input type="checkbox"/> 否 (なし)	<input type="checkbox"/> 不明 (不明)
	腮腺炎 (流行性耳下腺炎 おたふくかぜ)	<input type="checkbox"/> 是 (あり)	<input type="checkbox"/> 否 (なし)	<input type="checkbox"/> 不明 (不明)
乙肝 (B 型肝炎)	<input type="checkbox"/> 是 (あり)	<input type="checkbox"/> 否 (なし)	<input type="checkbox"/> 不明 (不明)	
破伤风 (破傷風)	<input type="checkbox"/> 是 (あり)	<input type="checkbox"/> 否 (なし)	<input type="checkbox"/> 不明 (不明)	
⑥ 是否对结核进行过药物治疗? (結核のために薬をのんだことがありますか?)	<input type="checkbox"/> 是 (はい) <input type="checkbox"/> 否 (いいえ)			
⑦ 你的家人或共同居住者是否患有结核? (家族や同居人で結核にかかった人がいますか?)	<input type="checkbox"/> 有 (あり) <input type="checkbox"/> 没有 (なし)			
⑧ 三年以内是否在背面记载国家滞留半年以上? 出身国家除外。 (裏面に記した国に過去 3 年以内に計半年以上滞在したことがありますか? 出身国は除きます。) 选择「有」时，请将背面滞留过的国家全部选择填写。 (「あり」にチェックをした方は裏面にある国で滞在していた国を全てチェックしてください。)	<input type="checkbox"/> 有 (あり) <input type="checkbox"/> 没有 (なし)			

第①项问题选择「有」时，请与国际連携課緊急联系。

(①の質問で「あり」と回答された方は、早急に国際連携課までご連絡ください。)

接到相关联系后，进行医疗询问，根据状况协助前往医疗机关。

(連絡をいただきましたら、健康に関する相談や必要に応じて医療機関へのサポートをいたします。)

赴爱媛大学时请填写并提交本问卷。

(来学時に問診表を記載して提出してください。)

本问卷仅限于健康检查及移送医疗机关时使用。

(この問診表は健康状態チェックや医療機構への案内以外の目的に使用されることはありません。)

*** ASIA ***

- Afghanistan アフガニスタン
- Bangladesh バングラデシュ
- Bhutan ブータン
- Brunei-Darussalam
ブルネイ・ダルサラーム国
- Cambodia カンボジア
- China 中国
- China, Hong Kong SAR 香港
- China, Macao SAR マカオ
- Democratic People's
Republic of Korea
朝鮮民主主義人民共和国
- India インド
- Indonesia インドネシア
- Iraq イラク
- Kazakhstan カザフスタン
- Kyrgyzstan キルギスタン
- Lao People's
Democratic Republic
ラオス人民民主主義共和国
- Malaysia マレーシア
- Mongolia モンゴル国
- Myanmar ミャンマー
- Nepal ネパール
- Pakistan パキスタン
- Republic of Korea 大韓民国
- Republic of the Philippines
フィリピン
- Sri Lanka スリランカ
- Taiwan 台湾
- Thailand タイ
- Viet Nam ベトナム
- Yemen イエメン

*** AFRICA ***

- Algeria アルジェリア
- Angola アンゴラ
- Benin ベナン
- Botswana ボツワナ
- Burkina Faso ブルキナファソ
- Burundi ブルンジ
- Cabo Verde カーボベルデ
- Cameroon カメルーン
- Central Africa Republic
中央アフリカ共和国
- Chad チャド
- Comoros コモロ
- Congo コンゴ
- Cote D'ivoire コートジボアール
- Democratic Republic
of the Congo
コンゴ民主共和国
- Equatorial Guinea
赤道ギニア
- Eritrea エリトリア
- Ethiopia エチオピア
- Gabon ガボン
- Gambia ガンビア
- Guinea ギニア
- Guinea-Bissau ギニアビサウ
- Kenya ケニア
- Lesotho レソト
- Liberia リベリア
- Madagascar マダガスカル
- Malawi マラウイ
- Mali マリ
- Mauritania モーリタニア
- Morocco モロッコ
- Mozambique モザンビーク
- Namibia ナミビア
- Niger ニジェール
- Nigeria ナイジェリア
- Republic of Djibouti ジブチ
- Republic of Ghana ガーナ
- Rwanda ルワンダ
- Sao Tome & Principe
サントメ・プリンシペ
- Senegal セネガル
- Sierra Leone シエラレオネ
- Somalia ソマリア
- South Africa
南アフリカ共和国
- Sudan スーダン
- Swaziland スワジランド
- Togo トーゴ
- Uganda ウガンダ
- United Republic of Tanzania
タンザニア連邦共和国
- Zambia ザンビア
- Zimbabwe ジンバブエ

*** OCEANIA ***

- Guam グアム
- Kiribati キリバス
- Marshall Islands
マーシャル諸島
- Micronesia ミクロネシア諸島
- Northern Mariana Islands
北マリアナ諸島
- Palau パラオ
- Papua New Guinea
パプアニューギニア
- Solomon Islands ソロモン諸島
- Tuvalu ツバル
- Vanuatu バヌアツ
- Wallis and Futuna Islands
ウォリス・フツナ諸島

*** NORTH AMERICA ***

- Dominican Republic
ドミニカ共和国
- Guatemala グアマテラ
- Haiti ハイチ
- Honduras ホンジュラス
- Panama パナマ

*** SOUTH AMERICA ***

- Ecuador エクアドル
- Guyana ガイアナ
- Suriname スリナム
- Paraguay パラグアイ
- Brazil ブラジル
- Peru ペルー
- Bolivia ボリビア

*** EUROPE ***

- Armenia アルメニア
- Azerbaijan アゼルバイジャン
- Belarus ベラルーシ
- Bosnia & Herzegovina
ボスニア・ヘルツェゴビナ
- Lithuania リトアニア
- Republic of Moldova
モルドバ共和国
- Romania ルーマニア

*** RUSSIA ***

- Russian Federation
ロシア連邦