

# Health Check Form

## 問 診 票

Date 記入日	Nationality 国 種	<input type="checkbox"/> Miyuki Dormitory 御幸学生宿舎 <input type="checkbox"/> International House 国際交流会館 <input type="checkbox"/> Takusui Dormitory 拓翠寮 <input type="checkbox"/> Ai Residence あいレジデンス <input type="checkbox"/> Share House シェアハウス <input type="checkbox"/> Apartment マンション・アパート <input type="checkbox"/> Other その他 ( )		
Faculty 所 属	Name 氏 名	Sex 性 別	D of B (YY/MM/DD) 生年月日	Age 年齢
		<input type="checkbox"/> Male 男		
		<input type="checkbox"/> Female 女		

Please answer the following health-related questions in order to support your health management.

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。

<p>① Are you having any health problems now? 現在 身体の不調がありますか？</p>	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ				
<p>② If you answer "yes" on ①, please answer the question. ② ①で「あり」に チェックした方に おたずねします。</p>	<p>What are the symptoms? どのような症状がありますか？</p>	<input type="checkbox"/> cough for over 2 weeks 2週間以上続く咳 <input type="checkbox"/> phlegm 痰 <input type="checkbox"/> bloody phlegm 血痰 <input type="checkbox"/> chest pain 胸痛 <input type="checkbox"/> trouble breathing 呼吸困難 <input type="checkbox"/> fever 発熱 <input type="checkbox"/> headache 頭痛 <input type="checkbox"/> night-sweats 寝汗 <input type="checkbox"/> loss of appetite 食欲低下 <input type="checkbox"/> weight loss 体重減少 <input type="checkbox"/> diarrhea 下痢 <input type="checkbox"/> vomiting 嘔吐 <input type="checkbox"/> stomachache 腹痛 <input type="checkbox"/> other その他 ( )			
		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ			
<p>Did you go to the hospital for this problem? その症状について病院を受診しましたか？</p>		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ			
<p>What was the diagnosis? 何と診断されましたか？</p>		( )			
<p>③ Have you had any illnesses in the past or are you currently under medical treatment? これまでにかかった病気や治療中の病気がありますか？</p>		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ			
<p>④ If you answer "yes" on ③, what illnesses? 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？</p>		<input type="checkbox"/> tuberculosis 結核 <input type="checkbox"/> asthma 喘息 <input type="checkbox"/> lung disease 肺疾患 <input type="checkbox"/> liver disease 肝疾患 <input type="checkbox"/> kidney disease 腎疾患 <input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病 <input type="checkbox"/> cancer がん <input type="checkbox"/> HIV positive/AIDS HIV 感染/AIDS <input type="checkbox"/> organ transplantation 臓器移植 <input type="checkbox"/> other その他 ( )			
<p>⑤ How many times have you received these vaccinations? これらの予防接種を何回受けたことがありますか？</p>		Yes はい First time      Second time      Third time or more		No いいえ I don't know 不明	
BCG		<input type="checkbox"/>	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Measles 麻疹 (はしか)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubella 風疹 (三日はしか)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chicken pox 水痘 (みずぼうそう)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>⑥ Have you ever taken medication for tuberculosis? 結核のために薬をのんだことがありますか？</p>		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ			
<p>⑦ Have any of your family or roommates had tuberculosis? 家族や同居人で結核にかかった人がいますか？</p>		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ			
<p>⑧ Have you stayed in a country listed on the back more than 6 months within the past three years? (except your home country) 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。 If you answer "yes", please check the country. 「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。</p>		<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ			

If you answer "yes" on ①, please contact Person in charge of the department immediately.

①の質問で「はい」と回答された方は、早急に所属部署の担当者までご連絡ください。

We will accordingly provide you with a health counseling or proper support at a medical institution.

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。

Please submit this form when you first come to the university.

来学時にこの問診票を提出してください。

This Form cannot be used for any purpose other than health check and support at a medical institution.

この問診票は、健康状態チェックや医療機関への案内以外の目的に使用されることはありません。

## \* ASIA \*

- Islamic Republic of Afghanistan アフガニスタン・イスラム共和国
- 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
- 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
- Islamic Republic of Pakistan パキスタン・イスラム共和国
- Republic of Korea 大韓民国
- Republic of the Philippines フィリピン
- Sri Lanka スリランカ
- Thailand タイ
- Viet Nam ベトナム
- Yemen イエメン
- The Democratic Republic of Timor-Leste 東ティモール民主共和国

## \* 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
- 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
- Islamic Republic of Mauritania モーリタニア・イスラム共和国
- Morocco モロッコ
- Mozambique モザンビーク
- Nambia 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
- Kingdom of Eswatini エスワティニ
- 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
- The Republic of South Sudan 南スудан共和国
- Libya リビア

## \* 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
- Papua New Guinea パプアニューギニア
- Solomon Islands ソロモン諸島
- Tuvalu ツバル
- Republic of Nauru ナウル
- Republic of Fiji フィジー

## \* NORTH AMERICA \*

- Haiti ハイチ
- Republic of El Salvador エルサルバドル

## \* SOUTH AMERICA \*

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

## \* EUROPE \*

- Azerbaijan アゼルバイジャン
- Belarus ベラルーシ
- Republic of Moldova モルドバ共和国
- Romania ルーマニア
- Republic of Tajikistan タジキスタン
- Ukraine ウクライナ
- Republic of Uzbekistan ウズベキスタン
- Greenland グリーンランド
- Georgia ジョージア

## \* RUSSIA \*

- Russian Federation ロシア連邦