健康質問票 Health Report (1)
個人記録（志願者が記入のこと） Personal Record (To be filled in by the applicant)

Health Inquiry Card

Ferris University Student Health Room

Name(氏名)：_____ _____ **Sex**(性別) ：___F / M___

姓 Family Name 名 Given Name

Home Address(現住所)：_____ **Tel**：_____

Date of Birth(生年月日):_____/_____/_____ **Nationality**(国籍)：_____

Year Month Day

Allergies (アレルギー)：_____

Blood type (血液型)：_____

Medical history and immunization

①

Illness	Have you had the illness shown in the left？	Have you had the immunization?
Measles (麻疹)	Yes（Age ） ・ No	Yes（Age ） ・ No
Chicken pox (水痘)	Yes（Age ） ・ No	Yes（Age ） ・ No
Rubella (風疹)	Yes（Age ） ・ No	Yes（Age ） ・ No
Mumps (おたふく)	Yes（Age ） ・ No	Yes（Age ） ・ No
Whooping cough(百日咳)	Yes（Age ） ・ No	Yes（Age ） ・ No

② What illnesses have you had in the past？ Please check and write in.

	Yes	No	Age	Specify the disease	Cured (治癒)	Under Treatment (治療中)	Under observation (経観)	Not treated (放置)	受勧
Heart disease (心臓疾患)									
Thyroid disease (甲状腺疾患)									
Respiratory disease Including asthma and tuberculosis (呼吸器疾患、喘息結核含む)									
Blood disease （血液疾患）									
Others (その他)									

Date（年月日）_____/_____/_____ **Applicant's Signature:** _____

Health condition

Question		Answer		
Physical				
1	Have you had any severe illness, hospitalization or surgery within a year? (一年以内に、大きな病気や入院、手術はしましたか？) (現在の状況) (治癒･治療中･経過観察･放置)	Yes / No Any disease? Progress : cured/under treatment/under observation/not treated		
2	Do you have palpitations, chest pain or trouble breathing while resting? (安静時にも動機や胸痛、息切れがありますか？)		Yes	No
3	Do your legs, arms or eyelids sometimes get swollen? (手足やまぶたがむくむことがありますか？)		Yes	No
4	Do you feel fatigued all the time? (疲労感がいつもありますか？)		Yes	No
5	Do you suffer from dyspepsia, stomachache or diarrhea often? (胃腸の状態が悪くなりやすいですか？)		Yes	No
6	Do you usually sleep well? (よく眠れますか？) □ねつきにくい □早く目が覚める □途中で目が覚める	Yes	No (Why not?) □can't fall asleep □wake up too early □wake up in the middle of the night	
7	Have you had a cough and phlegm for two week or more? (咳や痰が 2 週間以上続いていますか？)		Yes	No
8	Have you had tuberculosis in the past? (今までに結核にかかったことがありますか？)		Yes	No
9	Does your weight fluctuate severely? (体重の増減が激しいですか？)		Yes	No
10	Do you often overeat into a sickness and vomit? (気持ちが悪くなるまで食べ、吐くことがありますか？)		Yes	No
11	Do you feel like doing self-mutilation under stress? (ストレスがたまると自分を傷つけたくなりますか？)		Yes	No
12	Dose your mental condition stop you from going to the university? (気分の落ち込みが激しく、学校に行けないことがありますか？)		Often	Rarely or not at all
13	Do you need any support in class for your handicap? (障害があり、授業に際して、支援してほしいことがありますか？)		Yes	No
Menstrual				
14	Have you missed your period for two months or more? (2 カ月以上月経がないですか？)		Yes	No
15	Is your cycle within 14 days? (including bleeding in between periods) (2 週間に一回程度の月経がありますか？　不正出血も含める)		Yes	No
16	Do you suffer from severe painful period? (月経痛が重いですか？)		Yes	No

Question		Answer	
17 ①	Do you take painkillers when you suffer from pain during your period? （月経時鎮痛剤を使用しますか？） (薬品名)	Yes / No Medication	
17 ②	Does taking painkillers help with the pain or your period? (月経時鎮痛剤が効きにくいですか？)	No (効きにくい)	Yes (効く)
Habit			
18	Do you have meals 3 times a day? (食事は 3 食とっていますか？)	No (摂っていない)	Yes (摂っている)
19	Do you often eat out? （外食が多いですか？）	Yes	No
20	Do you exercise regularly? (定期的に運動をしていますか？)	No (運動していない)	Yes (運動している)
21	Do you smoke? (たばこを吸いますか？)	Yes	No
22	Do you want to quit smoking? (禁煙したいですか？)	Yes	No
Others			
23	Do you want to talk with a school nurse about your physical or mental condition? (身体や心で保健室に相談したいことがありますか？)		
	Yes ／ No Please write:		