令和４年度 定期健康診断について

１．日程

定期健康診断は、**学校保健安全法に基づき、**年１回の受診が定められています。
感染予防対策で混雑を避けるため、**指定日時に受診**してください。
指定日に受診できない場合は日程変更が必要です。**日程表を確認の上、**保健センターに相談してください。

【注意事項】
1）所属するキャンパスでの受診となります。（**受付時間が異なります**ので、ご注意ください。）
2）受付時間内に**受付が完了**すれば、健診を受けることは可能です。
3）健診当日は、必ず**朝、自宅で検温**を行い、**受診前**に**手洗いの実施**、**マスクの着用**をしてください。**発熱、咳・痰などの体調不良時**は会場に立ち入ることはできません。
4）採尿していないと健診受付出来ません。（**生理中も採尿が必要**です。）

２．健診項目：身長・体重、視力検査、尿検査〔尿糖(GLU)・蛋白(PRO)・潜血(BLD)〕、胸部エックス線撮影

学部 新１年のみ：血圧測定・内科診察 ／ 大学院 新１年のみ：内科診察

●**視力**：矯正中の学生は眼鏡、もしくはコンタクト装着で測定します。
●**胸部エックス線撮影**：簡単に着脱可能な服装としてください。（ボタン等装飾品のないＴシャツは可）
●**尿検査**：尿を採取した容器（Ｐポール）に**氏名・学籍番号を記入**し会場で提出してください。
Ｐポールは保健センター前に設置します。（健診当日は、会場近く数か所にも設置予定。）
＊当日の採尿も可能です。受付に並ぶ前に採尿してください。（**生理中も採尿のこと**）

３．持 ち 物：学生証・検尿（健診会場で提出）・視力矯正具（眼鏡・コンタクト等）・

健康調査票（学部 新１年のみ）

＊ 健康調査票（学部 新１年のみ対象）について
オリエンテーション資料に同封の定期健康診断日程の裏面「健康調査票」を記載し、健診会場内に設置の回収箱に提出してください。
手元にない場合は、事前に次頁の**「健康調査票」をプリントアウトして記載**し、健康診断時に持参してください。

４．その他

●**健康診断結果**：各自のポータルサイトで閲覧が可能、必ず確認してください。（受診後１ヶ月程度で閲覧可能）
＊検査結果に異常があった場合は保健センターの指示に従ってください。

●**やむを得ず学内で受診できない場合**
外部医療機関受診（**受診料・交通費は自己負担**）となります。**2.の健診項目**で受診してください。
（学年により健診項目が違います。詳細は保健センターへ）

●**健康診断証明書の発行**：３月 26 日（土）～30 日（水）、４月２日（土）に受診した場合、
４月 21 日（木）から発行が可能です。

●今後も結果等の連絡に**ポータルサイトを利用**しますので、必ず確認をしてください。

５．問い合わせ先： **受付時間 ９：００～17：00（月～金、天白キャンパスのみ土曜も対応）**

名城大学保健センター	天白キャンパス	Tel：052-838-2031（直通）
	ナゴヤドーム前キャンパス	Tel：052-768-6981（直通）
	八事キャンパス	Tel：052-839-2622（直通）

健　康　調　査　票

学部		学籍番号										氏名	

この調査は大学生活における健康管理の参考とさせていただきます。その他の目的には使用しません。 各設問に対する回答にマークしてください。また、続く質問にも回答願います（カッコ内は選択 or 記入）	はい	いいえ
① **心臓病**で病院受診をしたことがある　→　「はい」の方は、②へ。	□	□
② 上記①に「はい」の方は以下を記入　→　いつ頃（　　才～　　才の間） 病名（　　）・病院（　　）・内容（手術・検査・その他治療） 通院は（継続中・中断・終了）→ 終了以外の方は、欄外★に詳しく記入してください 最近の自覚症状：（有・無）→（ 胸痛・動悸・貧血以外の突然の意識消失・ その他く　　>）		
③ 自分を含め身近な人がこの 1～２年の間に**肺結核**になった　間柄（　　）	□	□
④ **喘息**で現在通院中である　　誘因物質（　　）　→　詳細は欄外★へ	□	□
⑤ **糖尿病**で通院中である　インスリン使用の有無（有・無）　→　詳細は欄外★へ	□	□
⑥ **てんかん**で通院中、もしくは受診したことがある。 →最終発作（　　才頃 or １年未満・3 年未満・5 年未満・5 年以上発作なし） 通院継続中（有・無）→　有は欄外★へ	□	□
⑦ **アナフィラキシーショック**を起こしたことがある →最終発作（　　才頃）原因物質（　　）エピペンの所持（有・無）	□	□
⑧ **過呼吸発作**を起こしたことがある →最終発作（　　才頃 or １年未満・3 年未満・5 年未満・5 年以上発作なし）	□	□
⑨ 右記の手帳を持っている　→　a）障害者手帳　b）精神障害者保健福祉手帳	□	□
⑩ 上記⑨で「はい」の方 → 学校生活に配慮が必要なことがある →学校生活で配慮が必要なこと等（　　）	□	□
⑪ 健康（身体面）について相談したいことがある**(後日、保健センターより連絡します)** →何について（　　）	□	□

★現在、通院中（中断含む）の病気について、治療内容や現在の状況など詳しく記入してください）※但し、アトピーやアレルギー、花粉症、鼻炎は除く

・病名（　　）　・いつ頃から（　　才～）

・通院している病院名（　　）

・通院状況　（通院中・中断したまま）

・通院間隔　（　　日・　　週間・　　ヶ月・　　年）に１回の間隔で通院

・現在の治療内容　（経過観察のみ・薬・検査）→（薬品名など　　）

※在学中に状況が変化した場合は保健センターに報告に来てください。

記入後この用紙は健診当日に持参してください