令和２年度 定期・後期健康診断について

【対象】全学部 1～3 年（但し薬学部は 1～4 年）、大学院生（修了年次を除く）
後期入学者・復学者（天白キャンパスのみでの受診）…8/31 追記

1．日程

新型コロナウイルス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。必ず早めに保健センターに相談してください。（電話可）

【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）当日の状況で「密」の可能性が高くなった場合は、日時変更を依頼する可能性があります。

4）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。

5）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

●**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。

＊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**）

＊ 健康調査票（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「健康調査票」に記載をし、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。

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（新 1 年のみ）**

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）

●**結果により医療機関受診が必要な場合**：疑問点は保健センターに相談してください。

【尿検査】結果のいずれかに（＋）がある場合、医療機関を受診して結果を保健センターに報告してください。

（11 月末まで）

健診時が生理で潜血(BLD)結果のみ（＋）の場合、再検査は必要ありません。

【視力検査】0.7 以下の場合、医療機関を受診し矯正してください。（再検査は**希望者のみ**）

●**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）

●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、該当を○で囲む →　a)川崎病　b）WPW 症候群　c)その他の心臓病	□	□
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 喘息で現在治療中である　　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 タバコを吸う　→　吸い始めは（高校生から・中学生以前から）	□	□
⑫ 健康（身体面）について相談したいことがある →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　　）

記入後この用紙は健診当日に持参してください