

保護者または教員(担任または養護教諭)の方がご記入ください。但し、成人の方はご自身で記入していただいても結構です。  
 Minors must have this questionnaire filled out by their parent/guardian or a teacher (i.e., homeroom teacher or school nurse).  
 Legal adults may fill out this questionnaire by themselves.

学生健康調査票 Student Health Questionnaire

【調査票の記入について】 \*必ず、両面にご記入ください  
 この調査票は、「学校法人立命館学校安全規程」に定められた学生の健康管理および健康診断のために利用されるものです。調査票の内容は、「立命館アジア太平洋大学における個人情報の取り扱いについて」に基づいて大学(ヘルスクリニック)において管理します。学生に健康上の問題が生じた場合は、目的の範囲内において学生の健康に関わる情報を大学内で共有する場合があります。

Instructions for the Completion of the Questionnaire:

\*Please be sure to complete both sides.

This questionnaire is used for duties related to student health management and the health checkups stipulated in the Ritsumeikan Trust School Health and Safety Regulations. The information in this questionnaire will be managed by the University Health Clinic in accordance with the Ritsumeikan Asia Pacific University Policy on the Handling of Personal Information. Information on student health may be shared within the University within the limits of the purpose of use to deal with any health problems that students may experience.

すべて楷書でご記入ください。Please answer all questions using block letters.

学生氏名 Applicant's full name					受験番号 Application No.		
ふりがな Pronunciation of name in KANA					性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 / <input type="checkbox"/> 女 / <input type="checkbox"/> その他 Male / Female / Other	
生年月日 Date of Birth	年 Year	月 Month	日 Day	年齢 Age	歳 Years	国籍 Nationality	

(1) 現在、治療中の病気はありますか？(風邪など軽微な急性疾患は除く)  
 Is the above student currently receiving treatment or therapy for any illnesses?  
 (Do not include temporary illnesses such as common colds.)

なし No /  あり Yes → 「あり」の場合、病名及び治療、服薬状況(薬の名前や量・使用頻度等)の詳細を記入 If yes, please provide the name of the illness, current treatment status, and details including the name of medicine, dosage, and frequency of use.

( )

→ ★「あり」の場合、下記項目に従ってください。If yes, please follow the instructions below.

◆ 入学後も治療継続が必要かどうか主治医に確認をしてください。  
 Check with the student's doctor whether they will need to continue treatment after enrolment.

※ヘルスクリニックは医療機関ではありませんので、医師の診察や薬の処方はできませんのでご注意ください。

Please note that the APU Health Clinic is not a medical institution, and is not able to perform medical examinations or prescribe medication.

※大分県で精神科領域の疾患・障がい(精神疾患、発達障がい、睡眠障害等)の治療継続を希望される場合は、日本語で会話ができる事が条件となります。日本語で会話ができない場合は、薬の処方を含め、治療を受けられる医療機関がありません。日本語の語学レベルが十分でない場合は入学前に再度薬の持ち込み可能な量や治療の継続方法について必ず主治医と相談してください。

If the student would like to continue treatment for psychiatric or other issues (such as psychiatric, developmental, or sleep disorders), they must be able to speak with a doctor in Japanese. If the student does not speak Japanese well, there are no medical institutions that can provide treatment or issue prescriptions for medication. Please be sure to check with the doctor about the amount of the medicines can be brought into Japan, how to continue the medication, and how the student can properly manage their own health if their Japanese skill is not enough.

→  在学中、別府での治療を希望する場合・・・①へ  
 If the student prefers to receive treatment in Beppu while enrolled: Go to ①

→  在学中、別府での治療を希望しない場合・・・②へ  
 If the student does not prefer to receive treatment in Beppu while enrolled: Go to ②

① 在学中、別府での治療を希望する場合、下記項目に従い、必要な手続きを行ってください。  
 Students who prefer to receive treatment in Beppu while enrolled should take the necessary procedures as outlined below.

主治医より日本語(もしくは英語)にて記載された「診療情報提供書」を作成してもらう  
 Have your attending physician provide a Patient Referral Document in either Japanese or English

(国際学生のみ) 使用中の薬剤を、最低でも2ヶ月分準備する(入学から国民健康保険交付まで2ヶ月ほどかかるため)  
 INTERNATIONAL STUDENTS ONLY: Prepare at least two months' worth of your current medicine (because it takes about two months from the time of enrollment until you receive your national health insurance card)

→ ③へ Go to ③

入学後、ヘルスクリニックにて相談を行う Visit the Health Clinic after enrolment

② 在学中、別府での治療を希望しない場合、下記項目に従い、必要な手続きを行ってください。  
 Students who prefer not to receive treatment in Beppu while enrolled should take the necessary procedures as outlined below.

使用中の薬剤を、次回受診日までの分準備する Prepare enough of your current medicine to last until your next doctor visit  
 (国際学生のみ) → ③へ Go to ③

③ 下記 URL を参照の上、下記項目を厚生局へ確認し、必要な手続きを行う <http://www.mhlw.go.jp/topics/0104/tp0401-1.html>  
 INTERNATIONAL STUDENTS ONLY: Check the following URL, confirm the following items with the Regional Bureau of Health and Welfare, and complete all procedures: <http://www.mhlw.go.jp/english/policy/health-medical/pharmaceuticals/01.html>

日本への持ち込みが可能か否か Can the medicine be brought into Japan?

どれ位の量を持ち込めるか If so, how much medicine can be brought into Japan?

持ち込むための必要な手続き What procedures are required to bring the medicine into Japan?

(2) **健康上の留意点がありますか？ Does the applicant have any health warnings?**

なし No /  あり Yes → 「あり」の場合、詳細を記入 ( )

- ◎ '健康上の留意点' は、保護者や教員からみて生活上とくに留意しなければならない疾病や健康状態についてご記入ください。(第3者の目に触れて困る場合は別紙に書き封入してください。)
- ◎ 障害者手帳を持っている方は、「障がい名」と「障がいの等級」が記載されているページの写しを添付してください。
- ◎ Health Warnings are illnesses or health conditions which the parent/guardian or teacher thinks may require attention, particularly in the applicant's daily life. If you have any privacy concerns, you may provide the information on a separate sheet and enclose the sheet in a sealed envelope.
- ◎ For persons with a medical certificate of physical disability, please attach copy of the certificate page showing the name and degree of the disability.

(3) **これまでに、健康診断で異常を一度でも指摘されたことがありますか？ Have any abnormalities ever been detected in any of the applicant's past health examinations?**

なし No /  あり Yes → 「あり」の場合その詳細をご記入ください。 If yes, please provide details:

( )

(4) **これまでに、病気にかったことがありますか？ (風邪など軽微な急性疾患は除く) Has the applicant ever contracted and/or received treatment for an illness or disease? (Do not include temporary illnesses such as common colds.)**

なし No /  あり Yes → 「あり」の場合、【既往歴詳細一覧】にご記入ください。 If yes, please give details in the list of past illnesses.

【既往歴詳細一覧 List of past illnesses】

年月日 Date	病名 Disease	治療経過 Course of Treatment

- ◎ スペースが足りない場合は、別紙 (A4 サイズの紙なら何でも構いません) に記入し、添付してください。
- ◎ If you need additional space, please attach an A4 size sheet with the information.

(5) **以下の感染症と診断されたことはありますか？ Has the applicant ever been diagnosed with below infectious diseases?**

なし No /  結核 Tuberculosis /  B型肝炎 Hepatitis B /  C型肝炎 Hepatitis C /  HIV /  その他 other ( )

→ チェックした感染症がある場合その詳細をご記入ください。 If tick one or more on above, please provide details:

- その感染症に感染したのはいつ頃ですか？ When did the applicant contract the disease(s)? ( )
- その感染症について治療を受けている、もしくは受けたことがありますか？ Did the applicant receive any treatment for it?  No /  Yes
- その治療を受けたのはいつ頃ですか？ When did the applicant receive treatment? ( )
- 治療は継続中ですか？ Is the applicant still undergoing treatment?  No /  Yes

(6) **(5)で結核にチェックのある場合は、下記の質問にもご回答ください。 If tick on Tuberculosis on (5), please answer below;**

同居している家族や親しい友達の中に結核にかかった人がいますか？ Have any family living with the applicant or any close friends ever contracted tuberculosis?

なし No /  \*不明 \*Unknown. /  あり Yes

→ 「あり」の場合その詳細をご記入ください。 If yes, please provide details

• それは誰ですか？ Who?

父 Father /  母 Mother /  兄弟 Brother /  姉妹 Sister /  祖父 Grandfather /  祖母 Grandmother /  叔父 Aunt /  叔母 Uncle /  いとこ Cousin /  友達 Friend /  その他 Other

• それはあなたが何歳の頃でしたか？ Approximately how old were they when this occurred? ( )

(7) **大学生活を始めるにあたって、心や身体について何か心配なことや不安に思っていることはありますか？ Do you or the applicant have any concerns about their physical or mental health in regards to starting life as a university student?**

なし No /  あり Yes → 「あり」の場合、詳細を記入 If yes, please provide details

( )

**記入者の氏名及び連絡先をご記入ください。 Name and address of the person who completed this form:**

氏名 Name : \_\_\_\_\_ 学生との続柄 Relationship ( )

E-Mail Address : \_\_\_\_\_ 電話 Phone number : \_\_\_\_\_

日付 Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(西暦) 年 Year 月 Month 日 Day

ま ふう よぼうせつしゅれき  
麻しん(はしか)・風しん予防接種歴  
Measles and Rubella Vaccination History

がくせいしめい 学生氏名 Applicant's full name		じゅけんばんごう 受験番号 Application No.	
こくせき 国籍 Nationality		せいねんがっぴ 生年月日 Date of Birth	ねん がつ 日 西暦 Year Month Day
きにゆうしや 記入者 Person who fills this form	<input type="checkbox"/> がくせいほんにん 学生本人Applicant <input type="checkbox"/> ほごしや 保護者Applicant's parent or guardian	きにゆうび 記入日 Date of filling out	ねん がつ 日 西暦 Year Month Day

以下の①、もしくは②で当てはまる方にチェックをつけ、必要事項を記入してください。記入のない場合は未接種とみなします。

Place a check next to the following number that applies to the applicant (① or ②) and provide the information requested. If no answers are provided, the applicant will be considered not vaccinated.

※次のページの記入例を参照してください。 Please refer to the example on next page.

※ 未接種の場合は、下記◆をご確認ください。

If you have not been vaccinated, please read the sentences below with the diamond mark (◆).

①  過去に麻しん・風しんの予防接種を受けた記録がある。 I have a record of my measles and rubella vaccinations.

- 接種したワクチンにチェックを付け、母子手帳等予防接種の記録を参照し、正確な接種日を記載してください。  
Place a check next to the type of vaccine you received and indicate the exact date listed in your vaccination record. (In Japan, this is typically the Mother and Child Health Record Book.)

ま  
麻しん(はしか)ワクチン Single Measles Vaccine

接種1/Dose1: \_\_\_\_\_ (西暦yyyy/mm/dd)     接種2/Dose2: \_\_\_\_\_ (西暦yyyy/mm/dd)

ふう  
風しんワクチン Single Rubella Vaccine

接種1/Dose1: \_\_\_\_\_ (西暦yyyy/mm/dd)     接種2/Dose2: \_\_\_\_\_ (西暦yyyy/mm/dd)

ま かぜ ふう  
MMR (麻しん, おたふく風邪, 風しん Measles, Mumps, Rubella) or MR (麻しん, 風しん Measles, Rubella)

接種1/Dose1: \_\_\_\_\_ (西暦yyyy/mm/dd)     接種2/Dose2: \_\_\_\_\_ (西暦yyyy/mm/dd)

MMR or  MR どちらか選択してください Please circle only one.     MMR or  MR どちらか選択してください Please circle only one.

②  過去に麻しん・風しんの予防接種を受けたが記録がない、または、記録がないが罹患したことがある。

I do not have a record of measles and rubella vaccinations, or I do not have a vaccination record but I have contracted measles and/or rubella.

- 医療機関で抗体価検査を受け、その検査日と結果を記載してください。(ただし、結果は記入日より3ヶ月以内に限る。)  
Please undergo an antibody test at a medical institution, then list the date and results of that test below. (Note: Only test results within three months of completing this form can be used.)

こうたいかけんさ  
抗体価検査 Antibody Test

ま  
麻しん Measles

けんさび  
検査日 Date : \_\_\_\_\_ (西暦yyyy/mm/dd)

けつか  
結果 Result: 【      】  ようせい Positive /  いんせい Negative

※検査方法 Test method:  EIA-IgG /  PA /  NT

ふう  
風しん Rubella

けんさび  
検査日 Date : \_\_\_\_\_ (西暦yyyy/mm/dd)

けつか  
結果 Result: 【      】  ようせい Positive /  いんせい Negative

※検査方法 Test method:  HI /  EIA-IgG

※麻しん・風しん抗体価検査が書類提出までに間に合わない場合は、検査予定日のみ記入し提出してください。また抗体価検査の結果は、入学後に必ずヘルスクリニックまで提出してください。

If you cannot complete your measles and rubella vaccines before the deadline for this form, you may only list the test date, but please be sure to submit your antibody test results to the Health Clinic upon enrollment.

◆ 予防接種をしていない場合、または抗体価検査の結果が陰性の場合、ワクチン接種を強くお勧めします。ワクチンを接種された場合は、①の接種欄に、接種した日付を記入してください。アレルギー等が原因で予防接種を受ける事ができない場合は、主治医の指示にしたがってください。

If you have not received measles and rubella vaccinations or your antibody test results are negative, we strongly recommend you get vaccinated. If you get a vaccine, please enter the date in Item ① above. If you cannot get a vaccine due to an allergy or other reason, please follow the instructions of your attending physician.

◇ 入学後、大学のプログラム等で海外渡航・海外留学される際に、予防接種歴の確認が必要になります。各自、事前にご準備ください。

After enrollment, if you attend a university-run overseas trip or study abroad program, the University will need to check your vaccination history. Please make sure you can provide it upon request.

麻しん(はしか)・風しん予防接種歴 記入例 Measles and Rubella Vaccination History Form Example

※麻しん風しんの抗体価を得るためには少なくとも2回接種が必要です。  
It is required to get **two doses** of Measles and Rubella vaccine to be immunized against them.

Example ①

・私は、麻しんワクチンと風しんワクチンを1回ずつ、その後、MR ワクチンを1回接種した記録があります。  
I have a vaccination record showing I have got one single vaccine for both Measles and Rubella and one MR vaccination.

①  過去に麻しん・風しんの予防接種を受けた記録がある。I have a record of my measles and rubella vaccinations.  
> 接種したワクチンにチェックを付け、母子手帳等予防接種の記録を参照し、正確な接種日を記載してください。  
Place a check next to the type of vaccine you received and indicate the exact date listed in your vaccination record. (In Japan, this is typically the Mother and Child Health Record Book.)

※麻しん、風しん両方に対して  
予防接種を2回ずつ来ています。  
You have done two vaccinations  
against both Measles and Rubella.



終了です。  
All done.

麻しん(はしか)ワクチン Single Measles Vaccine  
 接種1/Dose1: 1999/ 7 / 18 (西暦yyy/mm/dd)  接種2/Dose2: \_\_\_\_\_ (西暦yyy/mm/dd)  
 風しんワクチン Single Rubella Vaccine  
 接種1/Dose1: 2003/ 7 / 15 (西暦yyy/mm/dd)  接種2/Dose2: \_\_\_\_\_ (西暦yyy/mm/dd)  
 MMR (麻しん, おたふく風邪, 風しん Measles, Mumps, Rubella) or MR (麻しん, 風しん Measles, Rubella)  
 接種1/Dose1: 2011/ 8 / 18 (西暦yyy/mm/dd)  接種2/Dose2: \_\_\_\_\_ (西暦yyy/mm/dd)  
 MMR or  MR ←どちらかを選択してください。Please circle only one.  MMR or  MR ←どちらかを選択してください。Please circle only one.

Example ②

・私は、MMR ワクチンを1回接種した記録があります。  
I have a vaccination record showing I have got one MMR vaccination.

※麻しん、風しん両方に対して予防接種が1回です。  
You have done one vaccination against both Measles and Rubella.



※麻しん風しんの予防接種をもう1回お  
勧めします。予防接種をされた場合  
は、①の接種欄に、接種した日付を  
記入してください。  
We strongly urge you to get  
vaccinated once more.  
If you get a vaccine, please enter  
the date in Item ①.



終了です。All done.

麻しん(はしか)ワクチン Single Measles Vaccine  
 接種1/Dose1: \_\_\_\_\_ (西暦yyy/mm/dd)  接種2/Dose2: \_\_\_\_\_ (西暦yyy/mm/dd)  
 風しんワクチン Single Rubella Vaccine  
 接種1/Dose1: \_\_\_\_\_ (西暦yyy/mm/dd)  接種2/Dose2: \_\_\_\_\_ (西暦yyy/mm/dd)  
 MMR (麻しん, おたふく風邪, 風しん Measles, Mumps, Rubella) or MR (麻しん, 風しん Measles, Rubella)  
 接種1/Dose1: 1999/ 7 / 18 (西暦yyy/mm/dd)  接種2/Dose2: \_\_\_\_\_ (西暦yyy/mm/dd)  
 MMR or  MR ←どちらかを選択してください。Please circle only one.  MMR or  MR ←どちらかを選択してください。Please circle only one.

Example ③

・私は、記録を無くしました。I lost the vaccination record.

※風しん抗体が陰性(ない)という結果ですので、  
風しんの予防接種をお勧めします。  
予防接種をされた場合は、①の接種欄に、接種した  
日付を記入してください。

You are not immunized to Rubella, we strongly  
urge you to get vaccinated. If you get a vaccine,  
please enter the date in Item ①.



終了です。All done.

②  過去に麻しん・風しんの予防接種を受けた記録がない、または、記録がないが罹患したことがある。  
I do not have a record of measles and rubella vaccinations, or I do not have a vaccination record but I have contracted measles and/or rubella.  
> 医療機関で抗体検査を受け、その検査日と結果を記載してください。(ただし、結果は記入日より3ヶ月以内に限る。)  
Please undergo an antibody test at a medical institution, then list the date and results of that test below. (Note: Only test results within three months of completing this form can be used.)  
抗体価検査 Antibody Test  
 麻しん Measles 検査日 Date: 2019/8/20 (西暦yyy/mm/dd) 風しん Rubella 検査日 Date: 2019/8/20 (西暦yyy/mm/dd)  
 結果 Result: [ 50 ]  陽性Positive /  陰性Negative 結果 Result: [ 5 ]  陽性Positive /  陰性Negative  
 ※検査方法 Test method:  EIA-IgG /  PA /  NT ※検査方法 Test method:  HI /  EIA-IgG  
 ※麻しん・風しん抗体検査が善悪判定まで間に合わない場合は、検査予定日のみ記入し提出してください。また抗体検査の結果は、入学後に必ずヘルス  
クリニックまで提出してください。  
If you cannot complete your measles and rubella vaccines before the deadline for this form, you may only list the test date, but please be sure to  
submit your antibody test results to the Health Clinic upon enrollment.

Example ④

・私は両方の予防接種をしていません。I have not vaccinated for both.

※麻しん、風しんの予防接種をお勧めします。予防接種をされた場合は、①の接種欄に、接種した日付を記入してください。  
We strongly urge you to get vaccinated once. If you get a vaccine, please enter the date in Item ①.



終了です。All done.