



Enter your personal ID and password

Student ID/ Employee ID

Password

Login

Employee ID is the 8-digit number you see on your pay statement.

★ What's the employee ID?

★ Password is the same as your Chiba University Webmail and Course registration.
[Forgot your password?](#)

If you have any questions regarding medical health checkups, please contact us at info-hsc@mark.office.chiba-u.jp (University Health Center), or at isd@mark.office.chiba-u.jp (International Support Desk).
Note: “@” in the e-mail address is indicated as “at mark” in order to block unwanted junk mails. Please convert “at mark” to @ when you send an e-mail.

If you have forgotten your password, please contact the Institute of Management and Information Technologies (IMIT) at info_imit@mark.ML.chiba-u.jp

Note: “@” in the e-mail address is indicated as “at mark” in order to block unwanted junk mails. Please convert “at mark” to @ when you send an e-mail.

Student/ Employee ID: XXXXXXXX Name: Kikou Taro
Last login: Oct-16-2014 03:18 PM

Chiba University Health Support System



千葉大学総合安全衛生管理機構 健康支援システム

健康証番号: chiba1 氏名: 千葉 亮
前回ログイン日時: 2013年11月27日 10時33分18秒

Home Logout

健診受診準備

Pre-registration for a
medical checkup

健診結果照会

View the results of your past
medical checkups

予防接種、抗体照会

Your Vaccination/
Immunization record

保健指導、面談予約

Your appointment(s)
for health counseling

HM-neo からのお知らせ

Information

TODO

2000年度 定期外 一般定期健康診断の健診報告書のダウンロードを行ってください。NEW!

Please download your result for the 2014 special health checkup.

Please click on the text “健診受診準備” to answer the questionnaire.



Note: Under the Japanese government policy, it is mandatory for educational institutions and companies to provide annual health checkup for all students and employees to ensure good health and safety at schools or workplaces. It is also mandatory to provide special health checkups for students and employees studying or working under special circumstances (e.g. exposure to harmful materials on a daily basis, such as organic solvents, pathogens, and radioisotopes.)



健診受診準備

Pre-registration for a medical checkup

健診結果照会

View the results of your past medical checkups

予防接種・抗体等照会

Your Vaccination/
Immunization record

保健指導・面談予約

Your appointment(s) for
health counseling

健診受診準備

Pre-registration for a medical checkup

問診、または予約日を登録する健診計画を選択してください。

Please select the type of medical checkup(s) and click on the "Answer a questionnaire" button to enter your medical history.

選択 Select	年度 Academic Year	シーズン Semester	健診種類 Type of medical checkup	検査項目 Examinations to be performed	問診登録状況 Web-based questionnaire	予約日 Appoint- ment date	予約時間 Appoint- ment time	健診場所 Location
<input type="radio"/>	2014年度	後期 Last	外国人留 学生健康 診断 General health checkup for internatio nal students	問診・診察 Medical interview and physical examination.	問診待ち Unanswered			西千葉 Nishi- Chiba Healthcar e room

2) Click this button to answer the questionnaire.

問診入力

予約日設定

トップ画面へ

Answer the
questionnaire

Make an
appointment

Home

Please answer the questionnaire.

HM-neo - Windows Internet Explorer
 http://devhv17/HM-neo_WEB/KsnJunbi/Action

千葉大学総合安全衛生管理機構 健康支援システム
 HM-neo Chiba University Health Support System

Home Logout

健診受診準備 Pre-registration for a medical checkup
 健診結果照会 View the results of your past medical checkups
 予防接種・抗体等照会 Your Vaccination/ Immunization record
 保健指導・面談予約 Your appointment(s) for health counseling

健診受診準備

問診の各設問にお答え下さい。 Please answer all that apply.

現在治療中もしくは定期的に検査を受けている病気についてお伺いします * Please note that all fields followed by an asterisk must be filled in.

そのような病気はお持ちですか * Do you have any chronic illness(es) or take certain medicines?*

はい YES
 いいえ NO

それはどのような病気ですか If you answered "YES", please choose your current illness(es) from the list. If you could not find the name of your illness(es), please specify in the last column.

現病歴	Current illness #1	--以下の回答から選択してください--	Please choose from the list
現病歴	Current illness #2	--以下の回答から選択してください--	Please choose from the list
現病歴	Current illness #3	--以下の回答から選択してください--	Please choose from the list
現病歴 (その他)	Current illness(es) not on the list		

現在の治療内容についてお伺いします Treatment

上の質問で回答した病気でお薬を飲んだり、注射を受けたりしていますか Do you take any medications or injections regularly?

はい YES
 いいえ NO

下の選択肢の中であてはまるお薬はありますか If you answered "YES", please choose your medicines from the list.

薬 --以下の回答から選択してください--

Type of medicine Please choose from the list

「はい」を選んだ方にお伺いします。下の選択肢の中であてはまるお薬はありますか

For those who answered <Yes> Are you taking any of the following medication(s)?

薬	Medicine	--以下の回答から選択	Please choose from the list
薬	Medicine	--以下の回答から選択	Please choose from the list
薬	Medicine	--以下の回答から選択	Please choose from the list
薬	Medicine	--以下の回答から選択	Please choose from the list

過去にかかった病気についてお伺いします

Concerning illnesses, you have had in the past.

過去にかかった病気はありますか (現在治療中の病気は含まれません)

Have you had any illness(es) in the past? (Please do not include anything you are being treated for as of now.)

はい Yes

いいえ No

「はい」を選んだ方にお伺いします。それはどのような病気ですか

For those who answered <Yes>. What type of illness(es) was it? Please choose from the list. If you could not find the name of your illness(es), please specify in the last column.

既往歴	Past history	喘息(Asthma) 気胸(Pneumothorax) 結核(Tuberculosis) 心臓病(Heart Disease) 不整脈(Arrhythmia) てんかん(Epilepsy) 貧血(Anemia) 糖尿病(Diabetes) 高血圧(High Blood Pressure) 脂質異常 (高脂血症) Dyslipidemia 腎臓病(Kidney disease) 肝臓病(Liver disease) 脳卒中(Stroke) 腫瘍(Tumor) その他(Other)	--以下の回答から選択	Please choose from the list
既往歴	Past history		--以下の回答から選択	Please choose from the list
既往歴	Past history		--以下の回答から選択	Please choose from the list
既往歴	Past history		--以下の回答から選択	Please choose from the list

既往歴 (その他) Past history (Other). Please specify.

アレルギーについてお伺いします

We want to ask you about allergies.

アレルギーはありますか *

Are you allergic to anything?

はい Yes

いいえ No

アレルギーがある方にお伺いします。どんなアレルギーですか

For those who have allergies. What kind of allergies do you have?

食べ物

Food

薬

Medicine

その他

Others

いつまでアレルギーがでていましたか（上記で最後に起こした時期）

How long have you had the symptom(s)? (The last time you had allergic reaction(s))

- 現在もある
- 15歳までにでなくなった
- その他

I still have allergies

It stopped before I was 15 years old.

Other

最後にアレルギーをおこしたおおよその年齢を記入してください

Please let us know the last time you had allergies (Approximate age is OK)

old 才

海外滞在についてお伺いします

Concerning staying abroad (Staying/Living outside of Japan in this case)

海外に半年以上滞在したことがありますか*

Have you lived abroad for over 6 months?

- はい Yes
- いいえ No

どこに滞在されましたか（長いものから順に3つ選んでください）

Where did you live? (Select 3 starting from the longest stay)

海外滞在地 The place you have lived

- 北アメリカ —North America
- 中央・南アメリカ—Central/South America
- アジア———Asia
- オセアニア———Oceania
- ヨーロッパ———Europe
- アフリカ———Africa

--以下の回答から選択し

Please choose from the list

海外滞在地 The place you have lived

--以下の回答から選択し

Please choose from the list

海外滞在地 The place you have lived

--以下の回答から選択し

Please choose from the list

結核についてお伺いします。

Concerning tuberculosis

身近な方で結核の治療を受けた方はいますか*

Has anyone close to you been treated for tuberculosis?

- いいえ No
- 2年以内にいる Yes, within the last 2 years.
- 2年よりも前にいる Yes, more than 2 years ago.

結核の治療を受けた方との関係をお知らせください

What was your relationship to the person who has/had tuberculosis?

- 同居している家族 Family member living with you
- 同居していない家族 Family member not living with you
- 友人 Friend
- 同居人 Roommate/Partner
- その他 Other

その他と回答した方はこちらに記入してください。

Please fill in if you answered "others".

自覚症状についてお伺いします

Do you have any of the following symptoms?

2週間以上咳、痰、発熱が続く *

A fever, cough and phlegm for more than 2 weeks

はい Yes
 いいえ No

頭痛 *

Headache

はい Yes
 いいえ No

めまい *

Dizziness

はい Yes
 いいえ No

腹痛 *

Stomachache

はい Yes
 いいえ No

関節痛（腰痛、足、手、肩など） *

Joint Pain (Back, Legs, Hands, Shoulders etc.)

はい Yes
 いいえ No

むくみ *

Swelling

はい Yes
 いいえ No

のどがかわく *

Thrust

はい Yes
 いいえ No

トイレが近い *

Frequent Urination

はい Yes
 いいえ No

便秘・下痢を繰り返す *

Frequent Constipation/Diarrhea

はい Yes
 いいえ No

血便がある *

Blood in Stool

はい Yes
 いいえ No

皮膚にできものがある *

Skin Problem

はい Yes
 いいえ No

目が見えにくい *

Sight Problem

はい Yes
 いいえ No

耳が聞こえにくい *

Hearing Problem

はい Yes
 いいえ No

生活習慣についてお伺いします

We want to ask about your lifestyle

タバコを吸いますか *

Do you smoke?

- 吸わない
- 吸う
- 吸っていたがやめた

No
Yes
I used to smoke

お酒を飲みますか *

Do you drink alcohol?

- ほとんど飲まない
- 時々飲む
- ほぼ毎日のむ

Not really
Occasionally
Almost everyday

運動をしますか *

Do you exercise?

- ほとんどしない
- 時々する
- ほぼ毎日している

Not really
Occasionally
Almost everyday

アルバイトについてお伺いします

Concerning your part-time job.

今までアルバイトをしたことがありますか *

Have you ever had a part-time job?

- はい
- いいえ

Yes
No

「はい」を選んだ方はもっとも最近のアルバイト業種を選んでください

If you answered <Yes>, Please choose your most recent job

接客業

Service industry: 家庭教師 (Private Tutor) 塾講師 (Cram school teacher) 飲食店 (Restaurant/Bar) コンビニ (Convenience Store) 運送業 (Moving Company) その他

--以下の回答から選択してください

Choose the answer

接客業

(Other)

--以下の回答から選択してください

Choose the answer

医療関係

Medical Job: 事務 (Office job) 看護師 (Nurse) 介護士 (Care Worker) 医師 (Doctor)

--以下の回答から選択してください

Choose the answer

医療関係

保育士 (Child Care) 薬剤師 (Pharmacist) その他 (Other)

--以下の回答から選択してください

Choose the answer

遊興業

Entertainment Industry: パチンコ (Pachinko) ゲームセンター (Arcade) カラオケ

--以下の回答から選択してください

Choose the answer

遊興業

(Karaoke) その他 (Other)

--以下の回答から選択してください

Choose the answer

その他

Other. Please specify.

メンタルに関する質問

Questionnaires regarding mental condition

1. 気持ちが落ち込んでしまってつらい状態がこの2週間以上続いて困っていますか？ *

はい
 いいえ

Yes
No

Have you been depressed for 2 weeks or longer?

2. いつもなら楽しめていた仕事や趣味などが楽しめなかったり、興味が持てなかつたりしてつらい状態がこの2週間以上続いて困っていますか？ *

はい
 いいえ

Yes
No

Are you not able to enjoy or show interest in things (work, hobby etc.) that you used to? Has this been going on for 2 weeks or longer?

3. 飲酒や服薬をしていない状態で、周囲からいつものあなたではないと言われるほど調子が高かったり、何日間か続けて普段より怒りっぽかったりしたためにトラブルになったことはありますか？ *

はい
 いいえ

Yes
No

Without being under the influence of alcohol or drugs, have you been told that you are being hyper and you are not your usual self OR you have been angry for a few consecutive days so that you got into trouble?

4. いろいろなことが心配になりすぎて、不安感や緊張感があって、リラックスできずにつらい状態が続いて困っていますか？ *

はい
 いいえ

Yes
No

Have you been unable to relax for a while because you are worried about different things?

5. 人前で注目されることや恥をかかふかもしれないこと（発表会やスピーチ、会食など）をひどく恐れてつらい状態が続いて困っていますか？ *

はい
 いいえ

Yes
No

Have you been anxious because you are worried about talking in front of a group of people (at a speech or a party)?

6. 頭の中でいやな考えや衝動がくりかえし浮かんで不安になるので、それを和らげるために、くりかえし同じ行為（手洗いや確認など）をしてしまうのがやめられず、つらい状態が続いて困っていますか？ *

はい
 いいえ

Yes
No

Are you unable to stop repeating things (washing hands, checking things etc.) because you keep thinking of something negative and you need to stop those thoughts?

7. 他人に聞こえない声が聞こえる、幻が見える、テレビから自分に特別なメッセージが送られる、見知らぬ人が自分に悪意を持っている等、奇妙な体験をしたことがありますか？ *

はい
 いいえ

Yes
No

You can hear things that others cannot/ see illusions. You feel like the TV is sending you a message. You feel like a complete stranger is malicious, etc. Have you had any of these strange experience(s)?

8. ストレスから気晴らし食いを週に何回もして、その無茶食いを止められなかったり、その後体重が気になって不安になって仕方がなくなったりする状態が続いて困っていますか？ *

はい Yes
 いいえ No

Do you overeat from stress and you are unable to control yourself? Are you worried about your weight after that and feel anxious?

9. 人の表情を読んで話をするのが苦手だったり、場の空気が読めないことを人に指摘されて困ったことはありますか？ *

はい Yes
 いいえ No

Has anyone told you that you are unable to read the facial expression or have difficulties with social skills?

10. 1-9で「はい」とお答えいただいたことのために、学業ができなくなったり、人間関係が続かなくなるようなことがあって日常生活に悪い影響が出ていますか？ *

If you answered <Yes> to questions 1-9, Is it affecting your social and/or academic life?

1-9が全て「いいえ」の方も「いいえ」にチェックしてください

はい
 いいえ

If you answered <No> to questions 1-9, Please check <No>.

11. これまでに心療内科や精神科・神経科を受診したことがありますか？ *

はい Yes
 いいえ No

Have you ever seen a Psychotherapist, Psychiatrist/Neurologist in the past?

12. 現在心療内科や精神科・神経科に通院していますか？ *

はい Yes
 いいえ No

Are you currently seeing a Psychotherapist, Psychiatrist/Neurologist?

登録

Register

戻る

Back

Your personal information will be kept confidential at all times.