

健康調査票

学生の健康管理、感染症対策及び安心・安全な学生生活を送ることができるよう支援させていただくためのものです。これらの目的以外での利用はいたしませんので、御了承の上、正 確 に 記入してください。

受験番号・学科		生年月日	
漢字氏名		カナ氏名	
携帯電話番号		自宅電話番号	

* 確認事項がある場合に連絡する場合があります。

Q 1. 既往歴について

何歳の時	診断名

Q 2. 現在、経過観察中の病気について

診断名	現在の経過

Q 3. アレルギーについて

薬 品	あり () ・ なし
食 物	あり () ・ なし
その他	あり () ・ なし

Q 4. 感染症について（母子手帳を確認して該当する欄に「○」とその時期を記入してください。）

	かかった	予防接種済（1回のみ）	予防接種済（2回）	不明である
①麻しん				
②風しん				
③MRワクチン*				
④水ぼうそう				
⑤おたふくかぜ				

* 麻しん風しん混合ワクチン ※①及び②接種、又は③接種いずれかを記入

Q 5. 行政が交付している手帳や証明書

交 付 有 無	あり ・ なし
ありの場合記入	

Q 6. その他、健康面に関して気になることや、心配なことがあれば具体的に記入してください（別紙へ記入可）。

※下記の希望にかかわらず、記入内容により保健室にて面談等実施させていただくことがあります。

保健室への相談希望（ 希望する ・ 希望しない ）

※治療中の疾患や障がいにより講義や学修に関する支援申請を希望される場合は、合格発表後、障がい学生支援について学生支援窓口（担当：コーディネーター 03-3749-6846）まで直接お問い合わせください。

健康調査票

これは 記入見本 提出不要 です。 【 記入見本 】 これは 記入見本 提出不要 です。

学生の健康管理、感染症対策及び安心・安全な学生生活を送ることができるよう支援させていただくためのものです。これらの目的以外での利用はいたしませんので、御了承の上、正確に 記入してください。

受験番号・学科	99999 商業学科	生年月日	平成 18 年 10 月 4 日
漢字氏名	日 大 太 郎	カナ氏名	ニチダイ タロウ
携帯電話番号	080-0000-0000	自宅電話番号	03-0000-0000

* 確認事項がある場合に連絡する場合があります。

Q 1. 既往歴について

何歳の時	診断名
2 歳時	川崎病で入院治療。5 年後の検査異常なし。
5 歳時	虫垂炎で入院
13 歳時	交通事故で左足首骨折を手術。治癒した。

Q 2. 現在、経過観察中の病気について

診断名	現在の経過
てんかん	2 ヶ月に 1 回外来受診し、内服治療中。
	意識をなくしたことがある。発作のと
	きの薬を常に携帯している。

Q 3. アレルギーについて

薬 品	あり () ・ なし
食 物	あり (そば エビ メロン) ・ なし
その他	あり () ・ なし

Q 4. 感染症について (母子手帳を確認して該当する欄に「○」とその時期を記入してください。)

	かかった	予防接種済 (1 回のみ)	予防接種済 (2 回)	不明である
①麻しん		○ 2007. 03		
②風しん		○ 2007. 03		
③MRワクチン*		○ 2007. 03		
④水ぼうそう			○ 2011. 03	
⑤おたふくかぜ	○ 2015. 03			

* 麻しん風しん混合ワクチン ※①及び②接種、又は③接種いずれかを記入

Q 5. 行政が交付している手帳や証明書

交 付 有 無	あり ・ なし
ありの場合記入	身体障がい者手帳 (視覚障害) 4 級を交付されている。

Q 6. その他、健康面に関して気になることや、心配なことがあれば具体的に記入してください (別紙へ記入可)。

※下記の希望にかかわらず、記入内容により保健室にて面談等実施させていただくことがあります。

保健室への相談希望 (希望する ・ 希望しない)
病院受診や診断は受けていないが、困っている症状がある場合、東京で経過を診てもらう病院を相談したいなど・・・心身の健康管理に関して気にかかることがあれば記入してください。

※治療中の疾患や障がいにより講義や学修に関する支援申請を希望される場合は、合格発表後、障がい学生支援について学生支援窓口 (担当: コーディネーター 03-3749-6846) まで直接お問い合わせください。