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致しませんので，ご了承の上，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	
本人携帯電話番号		自宅電話番号	

＊確認事項がある場合には連絡することがあります。

Ｑ１.既往歴について　（何歳時：診断名）

Ｑ２.現在，治療や外来で経過観察している病気について（何歳時～：診断名：何ヶ月毎受診中か）

Ｑ３.アレルギーについて該当の有無に○をつけてください。

薬品：　有（　　）・無

食品：　有（　　）・無

その他　有（　　）・無

＊エピペン　持っている　　持ってない

Ｑ４.感染症について(母子手帳を確認)し，該当部分に○をしてください。

①**麻疹・風疹（MR ワクチン）**：　２回接種済み　予防接種していない　不明

②**水痘（水ぼうそう）**：　かかった　予防接種している　予防接種していない　不明

③**流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）**：　かかった　予防接種している　予防接種していない　不明

☆上記①接種していない，②③についてはかかっておらず予防接種もしていない場合は予防接種を受けられることをお勧めします。

Ｑ５．その他

健康面に関して気になることがあれば，具体的に記入してください。

保健室への相談希望（　希望する　・　希望しない　）

＊上記希望に関わらず，記入内容により保健室（03-3749-6741）より，連絡させていただくことがあります。

記入例

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致しませんので，ご了承の上，正確に記入してください。

受験番号・学科	００００００　　商業学科	生年月日	平成１９年１０月４日
漢字氏名	日　大　　太　郎	カナ氏名	ニチダイ　タロウ
本人携帯電話番号	０８０-０００-０００	自宅電話番号	０３-０００-０００

＊確認事項がある場合には連絡することがあります。

Ｑ１.既往歴について　（何歳時：診断名）

２歳時：川崎病で入院治療。５年後検査異常なし。

５歳時：虫垂炎で入院治療。

１５歳時～起立性調節障害のため，通院した。生活習慣調整で現在は症状なし。

Ｑ２.現在，治療や外来で経過観察している病気について（何歳時～：診断名：何ヶ月毎受診中か）

７歳時～てんかんのため，２か月に１回外来受診。内服治療中。１３歳時の発作で意識をなくしたことがある。
毎日内服し，発作時の薬も常時携帯している。

１６歳時～過敏性腸症候群のため，整腸剤をもらって飲んでいる。症状が強い時だけ受診している。

Ｑ３.アレルギーについて該当の有無に○をつけてください。

薬品：　有（　　）・(無)

食品：　(有)（　そば　キウイ　エビ　）・無

その他　有（　　）・(無)

＊エピペン　(持っている)　持ってない

Ｑ４.感染症について**(母子手帳を確認)**し，該当部分に○をしてください。

①**麻疹・風疹（MR ワクチン）**：　(２回接種済み)　予防接種していない　不明

②**水痘（水ぼうそう）**：　かかった　予防接種している　(予防接種していない)　不明

③**流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）**：　(かかった)　予防接種している　予防接種していない　不明

☆上記①接種していない，②③についてはかかっておらず予防接種もしていない場合は予防接種を受けられることをお勧めします。

Ｑ５．その他

健康面に関して気になることがあれば，具体的に記入してください。

保健室への相談希望（(希望する)　・　希望しない　）

病院受診はしていないが，腹痛や下痢が続いているため東京で受診先を相談したい。

地元のかかりつけ医から，紹介状をもらっているが，どこに行けばよいかわからない。　など

＊上記希望に関わらず，記入内容により保健室（03-3749-6741）より，連絡させていただくことがあります。