

学生番号	
------	--

健康状態調査票

※太枠内のみご記入ください。

フリガナ		受 験 番 号								
氏 名		(男 ・ 女)		●合格された学部、学科等を記入してください。						
生年月日		西暦 年 月 日 (歳)		学部 課程		学科 専攻				
●既往歴 今までに、以下の病気にかかったり、異常を指摘されたことはありますか？ あれば 病名に○をつけ、当時の年齢を記入してください。 何度もかかった場合は、最近の年齢を記入してください。 (※については、正確な病名がわかっている場合は病名の欄に記入してください。)				●感染症の罹患歴・予防接種歴について(母子手帳をご参照ください。)						
				感 染 症		罹患の有無		予防接種歴		
						有	無(○を記入)	1 回目	2 回目	
*心臓疾患		歳	結核	歳	気管支喘息	歳	麻 疹(はしか)		歳	歳
てんかん		歳	糖尿病	歳	貧血	歳	風 疹(ふうしん)		歳	歳
*甲状腺疾患		歳	*腎臓疾患	歳	*アレルギー疾患	歳	水 痘(みずぼうそう)		歳	歳
*精神疾患		歳	*その他	歳	流 行 性 耳 下 腺 炎(おたふくかぜ)		歳		歳	歳
病名[] 年齢[]歳 病名[] 年齢[]歳				●健康状態について、保健室に伝えておきたいことがあれば記入してください。 []						
●現病歴 現在かかっている病気はありますか？(風邪などの急性疾患は除く)				●障がいについて ※該当する番号に○をつけてください 1. 視覚障がい 2. 聴覚・言語障がい 3. 肢体不自由 4. 発達障がい 5. 精神障がい 6. その他の障がい 【診断内容】 []			●授業や大学生活において配慮を要することがありますか？ [あり ・ なし] 【内容】 [] ※配慮を希望される場合は、後日校医面談を実施させていただきます。			
病名[] 発症年齢[]歳 【治療状況】 [例：主治医○○医院。○ヶ月に 1 回通院。処方薬○○○。]										
病名[] 発症年齢[]歳 【治療状況】 [例：主治医○○医院。○ヶ月に 1 回通院。処方薬○○○。]										
●今までに1ヶ月以上欠席か休学をしたことがありますか？ [あり ・ なし] 期間 [] 休んだ理由(病名・ケガ・不登校など) [] それは治っていますか？ [完治 ・ 治療中]							大谷大学 校医所見 校医署名 _____ 印			

※本調査票により取得した個人情報には本学内での健康管理および学生支援のために利用させていただきます。