

|      |  |
|------|--|
| 学生番号 |  |
|------|--|

# 健康状態調査票

※太枠のみご記入ください。(入学者ご本人でご記入ください)

| 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<br>課程<br>学科<br>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？<br>あれば病名に○をつけ、当時の年齢を記入してください。<br>何度もかかった場合は、最近の年齢を記入してください。<br>(*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。)                                                                          |       |       |  |  |           |     |     |          |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |                       |   |   |   |  |  |
| <table border="1"> <tr> <th>感 染 症</th> <th>罹患の有無</th> <th colspan="2">予防接種歴</th> </tr> <tr> <td></td> <td>有 無(○を記入)</td> <td>1回目</td> <td>2回目</td> </tr> <tr> <td>麻 疹(はしか)</td> <td>歳</td> <td>歳</td> <td>歳</td> </tr> <tr> <td>風 疹(ふうしん)</td> <td>歳</td> <td>歳</td> <td>歳</td> </tr> <tr> <td>水 痘(みずぼうそう)</td> <td>歳</td> <td>歳</td> <td>歳</td> </tr> <tr> <td>流 行 性 耳 下 腺 炎(おたふくかぜ)</td> <td>歳</td> <td>歳</td> <td>歳</td> </tr> </table> |           | 感 染 症                                                                                                      | 罹患の有無 | 予防接種歴 |  |  | 有 無(○を記入) | 1回目 | 2回目 | 麻 疹(はしか) | 歳 | 歳 | 歳 | 風 疹(ふうしん) | 歳 | 歳 | 歳 | 水 痘(みずぼうそう) | 歳 | 歳 | 歳 | 流 行 性 耳 下 腺 炎(おたふくかぜ) | 歳 | 歳 | 歳 |  |  |
| 感 染 症                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 罹患の有無     | 予防接種歴                                                                                                      |       |       |  |  |           |     |     |          |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |                       |   |   |   |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 有 無(○を記入) | 1回目                                                                                                        | 2回目   |       |  |  |           |     |     |          |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |                       |   |   |   |  |  |
| 麻 疹(はしか)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 歳         | 歳                                                                                                          | 歳     |       |  |  |           |     |     |          |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |                       |   |   |   |  |  |
| 風 疹(ふうしん)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 歳         | 歳                                                                                                          | 歳     |       |  |  |           |     |     |          |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |                       |   |   |   |  |  |
| 水 痘(みずぼうそう)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 歳         | 歳                                                                                                          | 歳     |       |  |  |           |     |     |          |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |                       |   |   |   |  |  |
| 流 行 性 耳 下 腺 炎(おたふくかぜ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 歳         | 歳                                                                                                          | 歳     |       |  |  |           |     |     |          |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |                       |   |   |   |  |  |
| *心臓疾患 歳 結核 歳 気管支喘息 歳<br>てんかん 歳 糖尿病 歳 貧血 歳<br>*甲状腺疾患 歳 *腎臓疾患 歳 *アレルギー疾患 歳<br>*精神疾患 歳 *その他 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。<br>( )                                                                |       |       |  |  |           |     |     |          |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |                       |   |   |   |  |  |
| 病名[ ] 年齢 [ ] 歳<br>病名[ ] 年齢 [ ] 歳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |                                                                                                            |       |       |  |  |           |     |     |          |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |                       |   |   |   |  |  |
| ●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<br>※該当する番号に○をつけてください<br>1. 視覚障がい<br>2. 聴覚・言語障がい<br>3. 肢体不自由<br>4. 発達障がい<br>5. 精神障がい<br>6. その他の障がい |       |       |  |  |           |     |     |          |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |                       |   |   |   |  |  |
| 病名[ ] 発症年齢 [ ] 歳<br>【治療状況】<br>( 例:主治医〇〇医院。〇ヶ月に1回通院。処方薬〇〇〇。 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           | ●高校までに、配慮を受けていたことがありましたか？<br>[ あり・なし ]<br>【配慮の具体的な内容】<br>( )                                               |       |       |  |  |           |     |     |          |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |                       |   |   |   |  |  |
| 病名[ ] 発症年齢 [ ] 歳<br>【治療状況】<br>( 例:主治医〇〇医院。〇ヶ月に1回通院。処方薬〇〇〇。 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           | ●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？<br>[ あり・なし ]<br>【内容】<br>( )                                                    |       |       |  |  |           |     |     |          |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |                       |   |   |   |  |  |
| ●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 ]<br>※該当するものに○をつけてください。<br>時期<br>小学校 ・ 中学校 ・ 高等学校 ・ その他( )<br>休んだ理由<br>メンタル(精神疾患含む) ・ 慢性疾患 ・ ケガ ・ その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           | 【診断名】<br>( )<br>●手帳 [ あり・なし ]<br>手帳の種類 [ ]                                                                 |       |       |  |  |           |     |     |          |   |   |   |           |   |   |   |             |   |   |   |                       |   |   |   |  |  |

※本調査票により取得した個人情報 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。

大谷大学 保健室