

学生番号	
------	--

健康状態調査票

※入学者ご本人がご記入ください。

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			学科		
						課程			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れば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	
					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					●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。						
てんかん 歳 糖尿病 歳 貧血 歳					〔 〕						
*甲状腺疾患 歳 *腎臓疾患 歳 *アレルギー疾患 歳											
*精神疾患 歳 *その他 歳											
病名〔 〕 年齢〔 〕 歳											
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						
病名〔 〕 発症年齢〔 〕 歳					※該当する番号に○をつけてください						
【治療状況】					1. 視覚障がい						
〔 例:主治医〇〇医院。〇ヶ月に1回通院。処方薬〇〇〇。 〕					2. 聴覚・言語障がい						
病名〔 〕 発症年齢〔 〕 歳					3. 肢体不自由						
【治療状況】					4. 発達障がい						
〔 例:主治医〇〇医院。〇ヶ月に1回通院。処方薬〇〇〇。 〕					5. 精神障がい						
					6. その他の障がい						
●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 〕					【診断名】						
※該当するものに○をつけてください。					〔 〕						
時期											
小学校 ・ 中学校 ・ 高等学校 ・ その他()											
休んだ理由					●手帳 〔 あり ・ なし 〕						
メンタル(精神疾患含む) ・ 慢性疾患 ・ ケガ ・ その他()					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。