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	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？
あれば病名に〇をつけ、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。）

*心臓疾患	歳	結核	歳	気管支喘息	歳
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）

病名[　　] 発症年齢 [　　] 歳
【治療状況】
（例：主治医〇〇医院。〇ケ月に1回通院。処方薬〇〇〇。）

病名[　　] 発症年齢 [　　] 歳
【治療状況】
（例：主治医〇〇医院。〇ケ月に1回通院。処方薬〇〇〇。）

●今までに1ケ月以上欠席か休学をしたことがありますか？[　あり　・　なし　]
※該当するものに〇をつけてください。
時期
小学校　・　中学校　・　高等学校　・　その他（　　）
休んだ理由
メンタル（精神疾患含む）　・　慢性疾患　・　ケガ　・　その他（　　）

●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（〇を記入）	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

●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。
（　　）

●障がいについて
※該当する番号に〇をつけてください
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

【診断名】
（　　）

●手帳　[　あり　・　なし　]
手帳の種類　[　　]

●高校までに、配慮を受けていたことがありましたか？
[　あり　・　なし　]
【配慮の具体的な内容】
（　　）

●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】
（　　）
※配慮内容によっては、後日校医面談を実施させていただく場合があります。

※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