

健康調査票

この調査票はあなたの健康状態を把握し、健康支援の資料にします。正確に記入してください。

フリガナ		性別	学籍番号	学科・研究科	生年月日(西暦)
氏名	(留学生はパスポートの英語氏名)	男・女		学科 研究科	年 月 日 (満 歳)
電話番号	自宅TEL: - - 本人携帯: - -	緊急連絡先	TEL: - - 該当の続柄に○ → 父・母・その他()		

記入日 2024 年 月 日

※ 電話番号や緊急連絡先に変更があった場合は、必ず教学支援課に報告してください。

問1 治療中の病気や既往症につき、下記一覧に該当する病名はありますか。

1 いいえ 2 はい → 問1-a 以降の補間に答えてください。

問1-a あてはまる傷病名について病名欄の項番(1)~(17)及び状況(1~6)に○を、発症年齢、手術歴の有無を問1-a 欄に記入してください。

1. 治癒 : 完全に治っている状態
2. 放置・中断 : 医師により継続治療の指示があるが受診していない
3. 観察中 : 定期的に医師の診察、検査を受けている(内服薬無し)
4. 制限中 : 医師の指示で日常生活に制限を受けている
5. 治療中 : 投薬を含む治療中である
6. 機能障害 : 疾患などによる各種障害がある、医師の指示によるリハビリが必要な場合や後遺症を含む

問1-a	1 治癒	2 放置 中断	3 観察中	4 制限中	5 治療中	6 機能障 害あり	発症 年齢	手術歴	問1-b
病名(詳しい病名があれば記入)									
① ×××系疾患(病名○○○) 記入例	1	2	③	4	5	6	14歳	有・無	ウ ○○病院
(1)心疾患(病名)	1	2	3	4	5	6	歳	有・無	
(2)不整脈(病名)	1	2	3	4	5	6	歳	有・無	
(3)その他の循環器系疾患(病名)	1	2	3	4	5	6	歳	有・無	
(4)呼吸器系疾患(喘息・結核・肺炎・その他) (病名)	1	2	3	4	5	6	歳	有・無	
(5)眼科・耳鼻咽喉科系疾患(病名)	1	2	3	4	5	6	歳	有・無	
(6)消化器系疾患(病名)	1	2	3	4	5	6	歳	有・無	
(7)腎臓等泌尿器系疾患(病名)	1	2	3	4	5	6	歳	有・無	
(8)甲状腺疾患(病名)	1	2	3	4	5	6	歳	有・無	
(9)血液系疾患(貧血・その他 病名)	1	2	3	4	5	6	歳	有・無	
(10)整形系疾患(ヘルニア等 病名)	1	2	3	4	5	6	歳	有・無	
(11)婦人科疾患(病名)	1	2	3	4	5	6	歳	有・無	
(12)アレルギー疾患(薬物・食物・アレルギン・その他) 病名・原因物質等()	1	2	3	4	5	6	歳	有・無	
(13)てんかん	1	2	3	4	5	6	歳	有・無	
(14)糖尿病	1	2	3	4	5	6	歳	有・無	
(15)高血圧症	1	2	3	4	5	6	歳	有・無	
(16)難病指定(特定疾患)(病名)	1	2	3	4	5	6	歳	有・無	
(17)その他(病名)	1	2	3	4	5	6	歳	有・無	

問1-b 上記で記入をした病名について、下記のア～ウに該当する場合、問1-b 欄にア～ウを記入してください。

ア. 医師による運動制限の指示がある イ. 食事制限 ウ. 通院中の病院あり(病院名も記入してください)

問1-c あなたの心身の健康状況により学生生活に支障が出ている等大学に相談、伝えておきたいことがある場合は記入してください。

問1-d 女子のみ 月経痛・月経前症候群・月経不順等の症状により授業に支障が出ている等大学に相談、伝えておきたいことがある場合は記入してください。

実習に行く学生の皆さんへ 現在治療中の病気や既往歴がある場合は、必ず実習センターへ事前に相談してください。

問2 障害者手帳の有無について ※身体障害者手帳等を持っている場合は手帳のコピーを学生生活課(保健室)まで提出してください。

1. 持っていない 2. 持っている → (種類) (等級) 3. 申請中

感染症予防 麻疹・風疹・おたふく風邪(流行性耳下腺炎)・水疱瘡といった集団感染の恐れのある感染症について、かかった事がなく、予防接種を受けていない人は受けましょう。※教育実習やその他学外実習・海外留学等でも抗体保有の証明が必要な場合があります。

※ 記入漏れが無いが、再度確認をしてください。なお、連絡先に変更があった場合は、必ず教学支援課に報告してください。

※ 上記以外にも健康上の相談がある場合は、保健室や学生生活課までお申し出ください。

帝塚山大学 学生生活課