

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 (続柄)	TEL: - - 該当に○ → 父・母・その他 ()		

記入日 年 月 日

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も含む

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欄に記入して下さい。

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・アナフィラキシー・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～ウを記入して下さい。

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(病院名もご記入下さい)

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、記入をしてください。

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に行くようにしてください。

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)まで提出して下さい。

1. 持っていない 2. 持っている → (種類) (等級)

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。

※ 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来てください。

帝塚山大学 学生生活課