

新入生健康調査票

この健康調査票は皆さんの健康状態を把握し、充実した大学生活を送るための基礎資料です。記入された情報は健康管理にのみ使用いたします。不備等ある場合、確認のご連絡をすることがありますがご了承ください。

以下、該当の箇所に○印、記入をお願いいたします。

本人 連絡先	TEL :
	Mail :

1. 今までに通院・入院・手術などを必要とした病気や怪我をしたことがありますか。

* ある方は記入、○をしてください。

- ①【(病名)】【 歳】【 治療中・定期検査中 治癒】
- ②【(病名)】【 歳】【 治療中・定期検査中 治癒】
- ③【(病名)】【 歳】【 治療中・定期検査中 治癒】
- ④【(病名)】【 歳】【 治療中・定期検査中 治癒】
- ⑤【(病名)】【 歳】【 治療中・定期検査中 治癒】

2. 感染症について

* 罹患・予防接種の状況について記入してください。(母子手帳を確認し正確に記入してください)

疾患名	罹った年齢	予防接種を受けた時期			
		歳	年	月	日 接種
麻疹 (はしか)	歳	歳	年	月	日 接種
		歳	年	月	日 接種
風疹 (三日はしか)	歳	歳	年	月	日 接種
		歳	年	月	日 接種
水痘 (水疱瘡)	歳	歳	年	月	日 接種
		歳	年	月	日 接種
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	歳	歳	年	月	日 接種
		歳	年	月	日 接種

3. アレルギーはありますか。

* ある方は詳細を記入してください。

アレルギーの原因になる薬品・食物

()

* アレルギーのある方で、エピペン注射液を処方されていますか。○をしてください。

はい いいえ 【※「はい」と答えた方には、改めて詳細を伺います。】

4. 学校生活全般で心配なことがあれば記入してください。

()