

調査票の内容は、原則、健康管理や指導、緊急時の連絡等のみに使用します。

必要な場合は年度当初にご自身で指導教官等にお知らせください。該当するところに○印、または記入をしてください。

学籍番号	※4月のオリエンテーションで記入			学部・研究科	学科・専攻(略称)
ふりがな 氏名	(男女回答しない)			1 経営	1 経営 2 栄養 3 保育
				2 健康プロデュース	4 スポーツ 5 鍼灸 6 柔整
				3 保健医療	7 理学 8 作業
生年月日	西暦 年 月 日			4 健康科学研究科	9 健康栄養科学 10 臨床心理学
① 既往症等 ()には、診断名・診断された年齢を記入してください。	心臓疾患	病名 () () 歳			
	腎臓疾患	病名 () () 歳			
	精神疾患・障害	病名・障害名 () () 歳			
	発達障害	障害名 () () 歳			
	大きなけが・手術	傷病名 () () 歳			
	その他の疾病・障害	病名・障害 () () 歳			
② アレルギー症状 (原因物質)	・アレルギー症状がありますか？ (はい・いいえ) ↓症状の原因物質があれば記入。				
	(食物名)	(薬品名)	(植物名・花粉名)	(その他) 動物、ハウスダスト等	
	・アナフィラキシーショックの経験がありますか？ (はい・いいえ) 〈原因物質名： ()〉 エピペンを携帯している。(はい・いいえ) 処方薬を携帯している。(はい・いいえ) (薬品名 ())				
③ 障害者手帳のある方	手帳の種類 () 等級 () 級 交付年齢 () 歳				
④ 現在の健康状態	現在、通院治療中や定期的に受診し経過観察中の疾患があれば記入してください。 ※急性の疾患(かぜ・インフルエンザ等)及び軽度のけが(打撲・捻挫等)は除く。				
	A 傷病名 () 内服(無・有)薬品名 () 受診先 () ・通院治療中 ・定期的に受診し、経過観察中				
	B 傷病名 () 内服(無・有)薬品名 () 受診先 () ・通院治療中 ・定期的に受診し、経過観察中				
⑤ 特記事項	傷病発生時の応急処置・医療機関受診時に医師から指示されていることや配慮事項など。				
⑥ 大学生生活を始めるにあたり、身体面・精神面で気になることや心配なことはありますか？ ない・ある 内容 () 上記で「ある」と答えた方には、学生支援センター又は保健室から電話かメールで連絡します。「ない」と答えた方にも必要に応じて連絡する場合があります。					
上記項目①～⑥のうち学科の教職員に知らせたい内容(項目の番号を記入)はありますか？ 必要ない・ () について、知らせたい					

※「障害のある学生の修学支援」による合理的配慮を希望される場合は、学生支援センターまたは学生課に申し出てください。

予防接種歴・罹患歴				
麻疹 (はしか)	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	未接種・不明	罹患歴 (ある・ない)
風しん (3日ばしか)	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	未接種・不明	罹患歴 (ある・ない)
MR ワクチン (麻疹風疹混合)	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	未接種・不明	
水痘 (みずぼうそう)	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	未接種・不明	罹患歴 (ある・ない)
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	未接種・不明	罹患歴 (ある・ない)



緊急時健康管理票

(令和 年 月 日現在)

本人	学籍番号		氏名		
	4月のオリエンテーションで記入				
	現住所	都・道 府・県 1 自宅 2 アパート・下宿 3 学生寮 4 その他()			
	連絡先	携帯電話番号 ()		メールアドレス ()	
	通学方法	1 自動車 2 バス 3 電車 4 バイク 5 自転車 6 徒歩 ○スクールバス利用者 (乗降バス停名)			
緊急時連絡先	優先順	確実に連絡の取れるところを記入		続柄	該当項目に○を記入 ()内は任意記入
	ふりがな			TEL	携帯・自宅・勤務先 勤務先名 ()
	① 氏名			TEL	携帯・自宅・勤務先 勤務先名 ()
	ふりがな			TEL	携帯・自宅・勤務先 勤務先名 ()
	② 氏名			TEL	携帯・自宅・勤務先 勤務先名 ()
	ふりがな			TEL	携帯・自宅・勤務先 勤務先名 ()
③ 氏名			TEL	携帯・自宅・勤務先 勤務先名 ()	

*本票は、入学時に学生課に提出し、記載内容に変更が生じた場合は、速やかに学生課に申し出てください。

表面あり