

# 健康調査票 1

※両面印刷で提出、両面記入

令和8年度 新入生用 常葉大学学生課  
(保健室・学生支援センター)

※学籍番号はガイダンス初日にお知らせします。

学籍番号		学部学科 研究科	〔記入日〕 令和 8 年 月 日	
ふりがな		生年月日	年 月 日	
氏名		現住所 :		
第1緊急連絡先TEL	—	— (父母等)		
第2緊急連絡先TEL	—	— (父母等)	携 帯 TEL	— — (学生本人)

①今までに医師の診察・診断を受けたことのある番号を○で囲み、下記に年齢・病名・経過を記入してください。

- |          |              |                     |              |
|----------|--------------|---------------------|--------------|
| 1. 血圧が高い | 8. 不整脈       | 15. 胃・十二指腸潰瘍        | 22. 手術・大きなかが |
| 2. 心臓病   | 9. 貧血        | 16. 失神・痙攣・てんかん      | 病名           |
| 3. 腎臓病   | 10. アレルギー性鼻炎 | 17. 過換気症候群          | ( )          |
| 4. 肝臓病   | 11. アトピー性皮膚炎 | 18. 結核・肋膜炎・自然気胸     |              |
| 5. 糖尿病   | 12. 気管支喘息    | 19. 聴力・視力・四肢の障害     | 23. その他      |
| 6. 甲状腺   | 13. リウマチ熱    | 20. 精神疾患            | ( )          |
| 7. 尿路疾患  | 14. 川崎病      | 21. 発達障害            |              |
| 〔 番      | 歳の時、病名・障害:   | 現在の状況: 完治・観察中・治療中 ] |              |
| 〔 番      | 歳の時、病名・障害:   | 現在の状況: 完治・観察中・治療中 ] |              |
| 〔 番      | 歳の時、病名・障害:   | 現在の状況: 完治・観察中・治療中 ] |              |

②現在、通院中の病気はありますか。また内服中の薬はありますか?(ビタミン剤等も含む) ※かぜ等の急性の疾患、軽度のケガは除く

ない・ある A(病名: 内服薬品名: )【治療中・定期受診し経過観察中】  
B(病名: 内服薬品名: )【治療中・定期受診し経過観察中】  
かかりつけ医 A( ) B( )

③アレルギー症状がありますか?(鼻炎・アトピー性皮膚炎は除く) ( はい ・ いいえ )

※栄養科は調理実習・実験があるため、食物アレルギーについて記入漏れがないようにしてください。

(食品名)	(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【 ]

④特記事項: 傷病発生時の応急措置・医療機関移送時に主治医から指示されていること等。

内容( )

⑤現在の健康状態 下記に書いてある症状があれば番号を○で囲んでください。

- |                                  |                         |
|----------------------------------|-------------------------|
| 1 いつも眼が疲れたり、痛んだり、物が見えにくい(近視を除く)。 | 11 集中力、注意力が低下している。      |
| 2 耳鳴りがする、耳が聞こえにくい、耳が痛い。          | 12 気持ちが落ち着かないことがある。     |
| 3 時々めまいがする。                      | 13 訳もなくイライラすることがよくある。   |
| 4 下痢や便秘を起こしやすい。                  | 14 食欲がないことが多い。          |
| 5 よく頭痛や腹痛がある。                    | 15 1年間で体重の増減が7kg以上あった。  |
| 6 よく、動悸、息切れがする。                  | 減った・増えた( )kg 理由( )      |
| 7 過呼吸を起こすことがある。                  | 16 理由もなく体がだるく疲れたように感じる。 |
| 8 寝つきが悪かったり眠ってもすぐ目をさましやすい。       | 17 人間関係でよく悩むことがある。      |
| 9 気力が湧かず、登校が辛い時がある。              | 18 試験時に体調不良になることがある。    |
| 10 気分が沈むことがよくあり、憂うつに感じる。         |                         |

⑥①~⑤の上記項目の内、教職員にも知らせておきたい内容はありますか。( はい ・ いいえ ) ※はいの場合は、項目の内容を記載

( )

⑦予防接種と既往歴のアンケートに○をつけてください。接種歴については、母子手帳等をご確認ください。

予防接種歴・罹患歴				
麻しん (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)
結核	・過去3年以内に日本以外の国に住んでいたことがありますか。（いいえ・はい） 【国名：】 ・過去3年以内に自分も含め、家族等で結核にかかった人がいますか。（いいえ・はい）			

#### ⑧障害者手帳をお持ちの方

手帳の種類( ) 等級( 級) 交付年齢( 歳) ※手帳のコピーを保健室までご提出ください。

障害による修学支援の希望はありますか？（ない・ある）※「ある」の場合、別途「修学上の支援申出書」の提出が必要です。

#### ⑨身体面・精神面で保健室に話しておきたいことがありますか？

大学生活をはじめるにあたり、気になることや心配なことがあれば記入してください。

ない・ある 内容( )

上記の内容について、保健室に相談を希望しますか。（はい・いいえ）

◎相談希望者には、後日保健室又は学生支援センターから電話かメールにて連絡します。

（希望者以外でも、必要に応じ連絡することがあります）

(1)調査票の内容は、原則、健康状態の把握、緊急時のみに使用します。

上記⑥の内容は教職員に共有します。

必要な場合にはご自身で指導教員等にお伝えください。ただし、緊急時は教職員内で情報共有します。

(2)「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には、学生支援センターまたは学生課に申し出てください。