

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・大きなけが | | | | |
| 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。 | | | | |
| 8 寝つきが悪かったり眠ってもすぐ目をさましやすい。 16 理由もなく体がだるく疲れたように感じる。 | | | | |
| 9 気力が湧かず、登校が辛い時がある。 17 人間関係でよく悩むことがある。 | | | | |
| 10 気分が沈むことがよくあり、憂うつに感じる。 18 試験時に体調不良になることがある。 | | | | |
| 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 | | | | |
| () | | | | |

(新入生)

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 | <p>・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)</p> <p>【国名: 】</p> <p>・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)</p> | | | |

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。