

消えない黒いペンで記入し、間違えた場合は二重線で消しましょう

| | | | | | |
|---|--|---------------|----------------|----------|----|
| 保 健 調 査 票 | | 記入日 2024年 月 日 | | | |
| この問診票で取得した個人情報は、『学生の個人情報の保護に関する規程』に基づき取扱います。健康診断や問診票に関する個人情報の取り扱いについてお気づきの点がありましたら、医務室までお申し出ください。 | | | | | |
| 学籍番号 | <small>科目等履修生/研究生でまだ決まっていない方は記入不要</small> | ふりがな | | | |
| | | 氏名 | | | |
| 性別 | 男・女・他 | 生年月日 | 西暦 年 月 日 () 歳 | | |
| 本人連絡先 | 携帯番号: - - | メールアドレス: | | | |
| 緊急連絡先 (保護者) | 連絡先① | 続柄:父・母・他 () | 連絡先② | | |
| | | 氏名: | 続柄:父・母・他 () | | |
| | | 氏名: | 氏名: | | |
| | 電話: - - | | 電話: - - | | |
| 実家住所(一人暮らしの場合に記載): | | | | | |
| 【現在、治療もしくは検査・通院をしている病気はありますか?】 | | | | | |
| 当てはまる方に○をつけ、必要事項を記入してください。 | | | | | |
| なし | あり | | | | |
| | ① 診断名 () いつから (歳~現在まで) かかりつけ病院名 () 症状 { } | | | | |
| | ② 診断名 () いつから (歳~現在まで) かかりつけ病院名 () 症状 { } | | | | |
| | ③ 診断名 () いつから (歳~現在まで) かかりつけ病院名 () 症状 { } | | | | |
| ※本学の「医療互助会」では、治療費の補助制度があります。詳細はキャンパスガイドをご覧ください。 | | | | | |
| 【過去に病気で治療を受けたことがありますか?】 | | | | | |
| なし | あり | | | | |
| | ① 診断名 () 治療時期 (歳~ 歳まで) 完治した・中断した | | | | |
| | ② 診断名 () 治療時期 (歳~ 歳まで) 完治した・中断した | | | | |
| | ③ 診断名 () 治療時期 (歳~ 歳まで) 完治した・中断した | | | | |
| 新 入 生 ・ 転 入 生 ・ 編 入 生 の み 記 入 | 【「学校において予防すべき感染症」の罹患と予防接種歴について回答してください。】 | | | | |
| | 以下の感染症にかかりましたか?○をつけてください。 | | | | |
| | 麻疹(はしか) | なし | あり | 不明 | |
| | 風しん | なし | あり | 不明 | |
| | 水痘(水ぼうそう) | なし | あり | 不明 | |
| | 流行性耳下腺炎 (おたふく、ムンプス) | なし | あり | 不明 | |
| | 以下のワクチンを接種していますか?○をつけ、年齢を記載してください。 | | | | |
| | ※MRワクチン(麻疹風しん混合ワクチン)を接種している場合は、麻疹、風しんの両方に記載してください。 | | | | |
| | 麻疹(はしか) | なし | 1回目 (歳) | 2回目 (歳) | 不明 |
| | 風しん | なし | 1回目 (歳) | 2回目 (歳) | 不明 |
| 水痘(水ぼうそう) | なし | 1回目 (歳) | 2回目 (歳) | 不明 | |
| 流行性耳下腺炎 (おたふく、ムンプス) | なし | 1回目 (歳) | 2回目 (歳) | 不明 | |

裏面も記入してください

| | |
|--|--|
| 【アレルギーはありますか？】 | |
| なし | あり（エピペンを携帯している） |
| | あり（エピペンなし） |
| アレルギーがある場合、主な原因（薬・食品などの原因物質）を記載してください。不明の場合は不明と記載。 () | |
| アナフィラキシーを起こしたことがありますか？ | |
| なし | あり |
| 【以下のような障がいがありますか？】 | |
| なし | あり |
| | 種類：①視覚障がい ②聴覚・言語障がい ③肢体不自由 ④精神障がい ⑤発達障がい ⑥その他の障がい 障がい名または病名 [] 車椅子使用 ・なし ・あり 障がい者手帳の交付 ・なし ・あり（種 級） |
| 【先に記載した持病や障がいに関して、大学生生活に支障がありますか？】 | |
| なし | あり |
| | 具体的に： |
| 【先に記載した持病や障がいに関して、授業で支援が必要ですか？】 | |
| 不要 | 必要 |
| | 必要な支援： 高校までに授業支援を受けたり、特別支援学級や通級指導教室を利用していた場合は、内容をお書きください。※在學生は、入学時に記載し、内容に変更がなければ省略できます。 高校までの支援内容（) |
| 【健康上、心配なことや医務室に伝えたいことがあれば記入してください。】 | |
| なし | あり |
| | 内容： |
| 【持病や障がい、上記の記載について、医務室での健康相談を希望しますか？】 | |
| 希望しない | 希望する |
| 【自覚症状について、当てはまるものに☑をつけてください。】 | |
| <input type="checkbox"/> 意識を失って倒れたことが複数回ある | <input type="checkbox"/> 月経が重く、寝込むほどである |
| <input type="checkbox"/> 頭痛がひどく、吐くことがある | <input type="checkbox"/> 体調が悪く、学校を休みがちである |
| <input type="checkbox"/> 食欲がなく、5 kg以上体重が減っている | <input type="checkbox"/> 過呼吸発作・過換気症状を起こしたことがある |
| <input type="checkbox"/> 胸や心臓が痛くなったり、苦しくなることがある | |
| <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い、途中で目が覚める、早朝に目が覚めるなど不眠症状がある | |
| 【喫煙について、当てはまるものに○もしくは、数字等を記入してください。】 | |
| タバコを吸いますか？（加熱式タバコ・電子タバコVAPEを含む） | |
| ①吸ったことがない ②以前吸っていたがやめた ③吸っている | |
| 以下は「③吸っている」方のみ回答してください。 | |
| ・吸い始めたのは何歳ですか？（正直に） | [歳から] |
| ・吸っているタバコの種類は？（複数回答可） | [①紙巻き ②加熱式 ③電子タバコ ④その他] |
| ・喫煙頻度は？ | [①毎日 ②_____日に1回] |
| ・一日の喫煙本数・回数は？ | 紙巻きタバコ：[1日平均 本くらい吸う] 加熱式・電子タバコ：[1日平均 回くらい吸う] |
| ・禁煙したいですか？ | [①すぐ禁煙したい ②いずれ禁煙したい ③禁煙したくない] |
| ・医務室での禁煙サポートを希望しますか？ | [①希望する ②希望しない] |
| ** 禁煙外来での治療は、医療互助会の補助が適応になる場合があります** 禁煙したい方は医務室までご相談ください。 | |