

学 部		学籍番号		ふりがな 氏 名	
-----	--	------	--	-------------	--

【提出期限】 4月30日 【提出先】 4号館1階（工事後はクラブハウス1階） 保健室

あなたの連絡先		携帯TEL（ ）		自宅・家族の連絡先	TEL（ ） 続柄（ ）		
あなたの生活状況		<input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> ひとり住まい <input type="checkbox"/> 親戚と同居 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
■現在、治療中の病気や怪我はありますか。			<input type="checkbox"/> は い かかった年齢 <input type="checkbox"/> いいえ （ ） 歳		■障がい者手帳を持っている方は記入してください。		
傷病名					障がい名		
医療機関名					等級・区分	（ ）級 （ ）種 / 区分（ ）	
通院頻度					■学生生活で心配なこと・気になること等がありましたら記入してください。（治療中の病気や怪我に関すること）		
薬の名称							
医師からの指示事項							
■過去に以下の病気にかかったことはありますか。該当事項に☑をつけ、疾患名・かかった年齢等を記入してください。							
※記入例 : ☑心疾患（年齢： 5 歳 疾患名：心室中隔欠損症 手術： <input type="checkbox"/> なし ☑あり[10]歳）							
<input type="checkbox"/> 喘息（年齢： ～ 歳 現在の治療薬： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり[名称：]）					【大学記入欄】		
<input type="checkbox"/> てんかん（年齢： ～ 歳 現在の治療薬： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり[名称：]）							
<input type="checkbox"/> 心疾患（年齢： 歳 疾患名： 手術： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり[]歳）							
<input type="checkbox"/> アレルギー（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）							