敬愛大学 保健室

保健調査票

学 部		学籍番号		ふりがな	
				氏名	

この調査は学校保健安全法施行規則第11条に基づき、大学での健康管理の為だけに使用し、他の目的で使用することはありません。
答えられる範囲で詳しくご記入ください。ご記入いただいた個人情報は細心の注意を払って管理いたします。
【提出期限】4月30日 【提出先】クラブハウス1階 保健室

■あなたの連絡先 TEL（ ） **■家族の連絡先** TEL（ ） 続柄（ ）

■あなたの生活状況 □家族と同居 □ひとり住まい □親戚と同居 □その他（ ）

■現在、治療中の病気や怪我はありますか。 □いいえ □はい：かかった年齢（ ）歳

傷病名	
医療機関名	
通院頻度	
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。該当箇所に☑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：□なし ☑あり[10]歳）

□喘息（年齢： ～ 歳 ／ 現在の治療薬：□なし □あり[名称：]）

□てんかん（年齢： ～ 歳 ／ 現在の治療薬：□なし □あり[名称：]）

□心疾患（年齢： 歳 ／ 疾患名： ／ 手術：□なし □あり[ ]歳）

□アレルギー（ ） □その他（ ）

■障がい者手帳を持っている方は記入してください。

障がい名	
等級・区分	（ ）級（ ）種 ／ 区分（ ）

■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）

【大学記入欄】□全教・職 □授業教・職 □職