

記入例

保健調査票

鳥羽商船高等専門学校

この調査は、お子様の健康状態を知り、健康診断の資料としたり今後の指導に役立てたりするために
行います。下記の事項をよく読んで該当するところに○印をつけ、必要事項をご記入下さい。

令和 6 年度入学

学科名	情報機械システム工 学 科	記入日	令和 6 年 3 月 22 日
ふりがな	とば たろう	緊急連絡先	
氏 名	鳥羽 太郎	1 氏 名	鳥羽 花子 続柄(母)
住居	自宅・寮・下宿・その他 ()	電話番号	090-1111
生年月日	平成 20 年 6 月 1 日生 (15 歳)	2 氏 名	鳥羽 次郎 続柄(父)
		電話番号	090-2222

1. 既往歴について (今までにかかった病気やケガなど)

心臓病	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (歳)	病名 ()	治癒 治療中 経過観察中
腎臓病	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (歳)	病名 ()	治癒 治療中 経過観察中
喘息	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (歳)	病名 ()	治癒 治療中 経過観察中
糖尿病 (1型・2型)	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (歳)	病名 ()	治癒 治療中 経過観察中
てんかん	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (歳)	病名 ()	治癒 治療中 経過観察中
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (歳)	病名 ()	治癒 治療中 経過観察中
	<input type="checkbox"/> 無・有 (歳)	病名 ()	治癒 治療中 経過観察中

2. 予防接種について (母子健康手帳等の記録により、確認をしてください。)

種 類	罹患歴	接種歴	1 回目	2 回目
麻疹 (はしか)	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (歳)	無・有	<input checked="" type="checkbox"/> R21 年 6 月 1 日	<input checked="" type="checkbox"/> R27 年 6 月 1 日
風しん (三日はしか)	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (歳)	無・有	<input checked="" type="checkbox"/> R21 年 6 月 1 日	<input checked="" type="checkbox"/> R27 年 6 月 1 日

3. アレルギーについて (原因については、具体的にご記入ください。)

	発症歴	原因等	現在の様子
アトピー性皮膚炎	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (歳)		治癒 治療中 経過観察中
アレルギー性鼻炎	<input type="checkbox"/> 無・有 (10 歳)	ヒノキ	治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 経過観察中
アレルギー性結膜炎	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (歳)		治癒 治療中 経過観察中
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無・有 (5 歳)	エビ	治癒 治療中 <input checked="" type="checkbox"/> 経過観察中
薬品アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (歳)		治癒 治療中 経過観察中
その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (歳)		治癒 治療中 経過観察中

アドレナリン自己注射 (エピペン) を処方されていますか (無・有) ←必ず記入してください

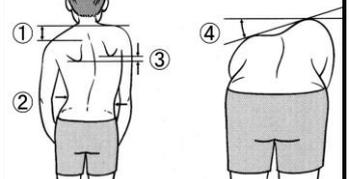
4. その他 (心身の健康上、学校へ知らせておきたいことがありましたらご記入ください。)

↓ 裏面に続きます。(裏面は、学生本人記入欄です。)

5. 現在の健康状態について【学生本人記入欄】(当てはまるものに○印を付けてください。)

症 状		学 年	1 年	2 年	3 年	4 年	5 年
内 科	1 熱を出しやすい						
	2 頭痛をおこしやすい		○				
	3 腹痛をおこしやすい						
	4 下痢・便秘になりやすい						
	5 動悸、めまい、息切れをすることがある						
	6 立ちくらみをおこしやすい						
	7 1年間で体重が5kg以上増えた、または減った						
	8 湿疹や蕁麻疹が出やすい						
耳 鼻 咽 喉 科	9 耳が聞こえにくい						
	10 よく鼻水が出る						
	11 よく鼻がつまる						
	12 鼻血が出やすい						
	13 扁桃腺が腫れ、熱を出しやすい(年 回)						
眼 科	14 眼が疲れやすい						
	15 眼がかゆい						
	16 色まちがいをすることがある						
	17 眼鏡・コンタクトを使用している		○				
歯 科	18 歯が痛んだり、しみたりする						
	19 顎の関節が痛んだり音がしたりすることがある						
	20 歯並びや噛み合わせが気になる						
	21 歯茎から血が出るすることがある						
整 形 外 科	22 背骨が曲がっている(*右下図参照)						
	23 腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがある						
	24 腕、脚を動かすと痛みがある						
	25 腕、脚に動きの悪いところがある						
	26 片脚立ちが5秒以上できない						
	27 しゃがみこみができない						
精 神 面	28 眠れないことがある						
	29 食欲がない						
	30 その他()						
あればご記入ください。月経随伴症状など。	1 年						
	2 年						
	3 年						
	4 年						
	5 年						

22 背骨が曲がっている
(チェック方法)



※ この個人情報、学生生活を支援する目的以外には使用しませんので、正しく記入してください。
 ※ 卒業するまで使用しますので、汚したり折り曲げたりしないでください。