

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 8 年度入学

学科名	情報機械システム工 学 科	記入日	令和 8 年 3 月 21 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	090-1111-0000
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	090-2222-3333

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"/> ・有 (歳)	病名 ()	治癒 治療中 経過観察中
腎臓病	<input checked="" type="checkbox"/> ・有 (歳)	病名 ()	治癒 治療中 経過観察中
喘息	<input checked="" type="checkbox"/> ・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"/> ・有 (歳)	病名 ()	治癒 治療中 経過観察中
てんかん	<input checked="" type="checkbox"/> ・有 (歳)	病名 ()	治癒 治療中 経過観察中
その他	<input checked="" type="checkbox"/> ・有 (歳)	病名 ()	治癒 治療中 経過観察中
	<input type="checkbox"/> ・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"/> ・有 (歳)	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ・R 22 年 6 月 1 日	<input checked="" type="checkbox"/> ・R 28 年 6 月 1 日
風しん (三日はしか)	<input checked="" type="checkbox"/> ・有 (歳)	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ・R 22 年 6 月 1 日	<input checked="" type="checkbox"/> ・R 28 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"/> ・有 (歳)		治癒 治療中 経過観察中
アレルギー性鼻炎	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (10 歳)	ヒノキ	治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 経過観察中
アレルギー性結膜炎	<input checked="" type="checkbox"/> ・有 (歳)		治癒 治療中 経過観察中
食物アレルギー	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (5 歳)	エビ	治癒 治療中 <input checked="" type="checkbox"/>
薬品アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> ・有 (歳)		治癒 治療中 経過観察中
その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> ・有 (歳)		治癒 治療中 経過観察中

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

5. 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。)

※ 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。