

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、必要事項をご記入ください。

令和 8 年度入学

学科名	学 科	記入日	令和 8 年 月 日
ふりがな		緊急連絡先	
氏 名		1 氏 名	続柄 ()
住居	自宅・寮・下宿・その他 ()	電話番号	
生年月日	平成 年 月 日生 (歳)	2 氏 名	続柄 ()
		電話番号	

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	無・有 (歳)	病名 ()	治癒 治療中 経過観察中
腎臓病	無・有 (歳)	病名 ()	治癒 治療中 経過観察中
喘息	無・有 (歳)	病名 ()	治癒 治療中 経過観察中
糖尿病 (1型・2型)	無・有 (歳)	病名 ()	治癒 治療中 経過観察中
てんかん	無・有 (歳)	病名 ()	治癒 治療中 経過観察中
その他	無・有 (歳)	病名 ()	治癒 治療中 経過観察中
	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)	無・有 (歳)	無・有	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日
風しん (三日はしか)	無・有 (歳)	無・有	H・R 年 月 日	H・R 年 月 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	無・有 (歳)		治癒 治療中 経過観察中
アレルギー性鼻炎	無・有 (歳)		治癒 治療中 経過観察中
アレルギー性結膜炎	無・有 (歳)		治癒 治療中 経過観察中
食物アレルギー	無・有 (歳)		治癒 治療中 経過観察中
薬品アレルギー	無・有 (歳)		治癒 治療中 経過観察中
その他 ()	無・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 (無 ・ 有)

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。)

--

※ この個人情報は、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。