## 保健室来室記録

令和 2 年度入学

1		※記入しない	ふりかな			1生列			
	工学科	20 —	学生氏名			男・女			
						/J X			
この欄は入学後に保健室で使用します									
						-			
						-			
						***************************************			
						<del>-</del>			
						-			
						-			
						-			

## 学 生 身 上 調 書

令和	2 年度入	学									(何	護者記	(人)
		ىم	411	※記入しない	ふ	りがな							E別
		工学	产料	20 —	学	生氏名						男	・女
,		₹									生年		
自 5	它 住 所					(Tel			)	平瓦		——— 月	日
224 TT		□自宅		学寮 □その		<del>``</del> 宮(住所を下	に記載)		,	<u> </u>			
子生	居住地	T											
出身中学校								子宗和で開					
	+ 10	立 中学校 令和 年 3 月卒業						令和2年1月以降に					
	寺代の所属 ブ等/趣味										撮影した正 脱帽の		
ふり	J が な							本	人との続柄	1	(縦 4cm >	〈横 3cm)	
保護	者氏名									L			<b>┘</b>
		勤務先名	称:		-					本校を通じ	では、ウェブ て、受験生や	 サイトや各種 一般の方向け	近報誌 の広報
/□=推	者勤務先	₹								活動を 研究活	行っています。動や学生の活	。本校におけ 動・活躍を広	る教育
休丧	有動伤兀								するために、肖像(個人が特定できる写真)や個人情報(氏名,学年等)を広報 媒体に掲載することを				
						(Tel			)	□承諾する □承諾しない			:い
緊急	連絡先	□自宅			護者勢	勧務先							
		保護者	等携帯	電話 Tel		_			本人と	の続杭	丙: ————	)	
豕族悼	構成(本人 	を含む) 	ÆΨΛ	本人との	<u> </u>	<b>************************************</b>	L >>< 1 + >> < .	<del></del>	/法(古人) 公台	.		/±± +z	
	氏名		年齢	続柄	+	職業または	·子仪•子	<del>-</del>	健康状態	Ŕ		備考 ———	
					$\perp$								
					+								
 自宅カ	 いら学校ま	 での交通	 i手段										
順路		の手段 区間						距離 (km)		所:	要時間 寺:分)		
1		自宅が		こから				(KIII)		(175	<u> 1・刀)</u>		
2							·	+					
3								+					
4								$\top$					-
5													
6													
その化													

		健康	語	査	祟	
分和 2 年度入学					(保	護者記入)
I	学的		りがな			性別
	子作 20	_ 号	生氏名			男・女
な当する健康保険証等を	F○で囲っ	てください				
国保 社保 共済	生活保護	ひとり親家庭	等医療補助制度	度 障害	者自立支援制度 その他(	)
までにかかった病気だ	· ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	病名を○で囲	囲み, かかっ	た時の年	齢を記入してください	
病 名	年齢	病	名	年齢	病 名	年齢
1. 心臓病		8. 貧血症			15. アトピー性皮膚炎	
2. 川崎病		9. 神経症			16. 顎関節症	
3. 腎臓病		10. 眼疾患			17. てんかん	
4. 糖尿病		11. 中耳炎			18. 四肢の機能障害	
5. 高血圧症		12. 聴力障害			19. 怪我等による機能障害	
6. 肝臓病・胃腸病		13. 副鼻腔炎			20. 発達障がい等()	
7. 気管支喘息		14. アレルギ	一性鼻炎		21. その他 (	)
	こついてこ	記入ください	,\	!	'	
心疾患,アレルギー疾患, ( はい / いいえ ) 診断名:( 次回受診予定:( アドレナリン自己注射の )  治療していないが特証 病名:(   学校生活上で留意すべ	どちらかに 処方( あ <sup>)</sup> 己する事項	<ul><li>○を記入してく</li><li>) 管理</li><li>る 歳が</li></ul>	ださい。 区分(運動制限 特定される	艮等の有無(るアレルゲ)	について):(	)
学校に知っていて欲しいる		ましたら, 該当	する項目にご訂	己入ください	, <b>\</b> _0	
1. 友人関係・性格等につ	いて					
	方へ:本校に	こおいても同様の	)支援を希望さ		たか? ( はい / いい ( はい / いいえ )	<b>ンえ</b> )
	・又抜内谷、		- 0			
	· 又抜 <u>內谷</u> -		- 0			
4. その他, 連絡事項等あ						

■予	■予防接種及び薬の副作用等について									
1.	予防接種をして異常がありましたが	無・有(種類)								
2.	薬を服用して異常がありますか。	無・有(薬品名)								
3.	食品で異常がありますか。	無・有(食品名)								
4.	じんま疹が出やすい体質ですか。	無・有								
5.	乗り物に酔いやすいですか。	無・有								
6.	6. 以下については <b>必ず母子健康手帳での確認の上</b> ,ご記入をお願いします。(今後の学校生活において重要な情報となりますので <b>必ずご記入ください</b> 。また、「麻しん(はしか)予防接種または抗体検査の実施について(お願い)」(別紙)をよくお読みください。)									
•	BCG接種	未 / 接種(最終接種:西暦 年 月)								
•	麻しんにかかったことが	ある:( 才頃) / ない / わからない								
•	<ul><li>麻しんワクチン又は麻しん風しん混合ワクチン接種</li></ul>									
		受けた:(1回 / 2回 接種)(最終接種:西暦 年 月)								
		受けていない								
•	風しんにかかったことが	ある:( 才頃) / ない / わからない								
•	風しんワクチン又は麻しん風しん	合ワクチン接種								
		受けた:(1回 / 2回 接種)(最終接種:西暦 年 月)								
		受けていない								
•	水痘にかかったことが	ある:( 才頃) / ない / わからない								
•	流行性耳下腺炎にかかったことが	ある:( 才頃) / ない / わからない								
•	百日咳にかかったことが	ある:( 才頃) / ない / わからない								
*_	上記の予防接種についての記載は、母	子健康手帳を見て確認していただけましたか? はい / いいえ								
※以下に、母子健康手帳(上記の内容が記入された予防接種の記録欄)の写しを貼付してください。母子健康手帳を紛失された場合は、管轄の市役所等で接種歴を確認できます。接種が確認できた場合には証明書を発行してもらってください。										
		のりづけ								