

健康調査票

令和2年度入学

(保護者記入)

工学科	※記入しない	ふりがな	性別
	20	学生氏名	男・女

該当する健康保険証等を○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	障害者自立支援制度	その他()
----	----	----	------	---------------	-----------	--------

今までにかかった病気があれば、病名を○で囲み、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. アレルギー性鼻炎		21. その他()	

上記疾患の現在の状況についてご記入ください

■現在も継続的に治療している場合

病名：() 症状および治療の状況、対応の詳細：()

診断書は：(後日提出する ・ 提出しない) どちらかに○を記入してください。

心疾患、アレルギー疾患、腎疾患等により主治医からの管理指導票がありますか？(ありましたか？)

(はい / いいえ) どちらかに○を記入してください。

診断名：() 管理区分(運動制限等の有無について)：()

次回受診予定：() 特定されるアレルゲン()

アドレナリン自己注射の処方(ある 歳から / ない)

■治療していないが特記する事項がある場合

病名：() 症状：()

■学校生活上で留意すべき事項

学校に知っていて欲しいことなどありましたら、該当する項目にご記入ください。

1. 友人関係・性格等について

2. 寮生活について

3. これまでに学校等で学校生活を送る上で特別な学習支援等を受けていましたか？ (はい / いいえ)

「はい」と記入された方へ：本校においても同様の支援を希望されますか？ (はい / いいえ)

「はい」と答えられた方へ：支援内容等、ご記入ください。

4. その他、連絡事項等ありましたらご記入ください。

■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か。 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. 以下については**必ず母子健康手帳での確認の上**、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**必ずご記入ください**。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

・ 麻しんワクチン又は麻しん風しん混合ワクチン接種

受けた：(1回 / 2回 接種)(最終接種：西暦 年 月)

受けていない

・ 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混合ワクチン接種

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。