

学生身上調書

令和6年度入学

工学科	※記入しない 24-	ふりがな		性別
		学生氏名		男・女

自宅住所	〒 (Tel)			生年月日
				年 月 日
学生居住地	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 学寮 <input type="checkbox"/> その他下宿(住所を下に記載) 〒			写真貼付欄 半年以内に 撮影した正面上半身 脱帽のもの (縦4cm×横3cm)
出身校	立 中学校 令和 年 3月卒業			
中学時代の所属 クラブ等/趣味				
ふりがな			本人との続柄	
保護者氏名				
保護者勤務先	勤務先名称 : 〒 (Tel)			本校では、ウェブサイトや各種広報誌を通じて、受験生や一般の方向けの広報活動を行っています。本校における教育研究活動や学生の活動・活躍を広く紹介するために、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 <input type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 承諾しない
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 保護者勤務先 <input type="checkbox"/> 保護者等携帯電話 Tel - - (本人との続柄:)			

家族構成(本人含む)

氏名	年齢	本人との続柄	職業または学校・学年	健康状態	備考

自宅から学校までの交通手段

順路	交通手段	区間		距離(km)	所用時間(時:分)
1		自宅から	まで		
2					
3					
4					
5					
6					

その他連絡事項

--

健康調査票

令和6年度入学

(保護者記入)

工学科	※記入しない	ふりがな	性別
	24-	学生氏名	男・女

本調査票で得た情報は関わる教職員で共有させていただきます

1. 了承します

2. 制限を希望します※

※入学後詳細を確認させていただきます

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等があれば、病名を○で囲み、かかった時の年齢を記入してください

診断名	年齢	診断名	年齢	診断名	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

診断名: () 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: () 特定されているアレルゲン ()

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

診断名: () 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ご希望されますか? (はい / いいえ)

「はい」と答えた方へ: 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。）

- ・麻しんにかかったことが ある：（ 才頃） / ない / わからない
- ・風しんにかかったことが ある：（ 才頃） / ない / わからない
- ・水痘にかかったことが 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
- ・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
- ・BCG接種 未 / 接種（最終接種：西暦 年 月）
- ・麻しんワクチン又は麻しん風しん麻しん風しん混合ワクチン接種
受けた：（最終接種：西暦 年 月）（ 1回 / 2回 接種） / 受けていない
- ・風しんワクチン又は麻しん風しん麻しん風しん混合ワクチン接種
受けた：（最終接種：西暦 年 月）（ 1回 / 2回 接種） / 受けていない

※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。接種歴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

