保 健 調 査 票

学　部		学籍番号		氏　名	

この調査は学校保健安全法施行規則第11条に基づき、大学での健康管理の為だけに使用し、他の目的で使うことは一切ありません。
答えられる範囲で詳しくご記入ください。
また、本学では個人情報保護の観点から、ご提供いただいた個人情報は最新の注意を払って管理いたします。

本人の連絡先　携帯TEL		**自宅連絡先　自宅TEL**	
生活状況	□**家族と同居**　□**ひとり住まい**　□**親戚や友人と同居**　□**その他**		
■今現在、治療中の病気や怪我はありますか。	□は　い　かかった年齢 □いいえ　歳	**■障がい者手帳を持っている方は記入してください。**	
傷 病 名		障がい名	
病 院 名		等　級	級　種
通院頻度		**■学生生活で送る上で心配なこと・気になること等がありましたら記入してください。（治療中の病気や怪我に関すること）**	
薬の名称			
■上記以外に治療中の病気や怪我はありますか。	□は　い　かかった年齢 □いいえ　歳		
傷 病 名			
病 院 名			
通院頻度			
薬の名称			
■過去に以下の病気にかかったことはありますか。　該当事項に☑をつけてください。		**大学記入欄**	
□喘息　□てんかん　□重大なアレルギー □その他（　）			