

学 生 健 康 調 査 票

記入日： 年 月 日

受験番号 ※5桁の場合は左詰め								※この欄には何も記入しないでください
学部・学科	データサイエンス 学部 データサイエンス学科							
フリガナ								男・女
名前								

この調査票は、学生生活が健康で安全に送れるよう、適切な支援を行うために実施するものです。
修学上の不利益を被ることはありません。健康管理の目的以外に使用しませんので、ご協力をお願いします。

1. これまでに、かかったことのある大きな病気やケガ（入院したり長期間服薬した等）、現在治療中（通院中）の病気がありましたら記入してください。

治療状況の確認のため、保健室から連絡をすることがあります。

病 名	発症年齢	現在の状況	投薬等の内容
	才	治療中・経過観察中・治癒	
	才	治療中・経過観察中・治癒	
	才	治療中・経過観察中・治癒	

2. 予防接種歴・罹患歴

該当するところに○印もしくは✓をしてください。

感染症名	予防接種歴	罹患歴（かかったことがありますか？）
麻疹（はしか）	済 ・ 未 ・ 不明	<input type="checkbox"/> あり（ ）才時 ・ <input type="checkbox"/> なし-不明
風疹（三日ばしか）	済 ・ 未 ・ 不明	<input type="checkbox"/> あり（ ）才時 ・ <input type="checkbox"/> なし-不明
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	済 ・ 未 ・ 不明	<input type="checkbox"/> あり（ ）才時 ・ <input type="checkbox"/> なし-不明
水痘（水ぼうそう）	済 ・ 未 ・ 不明	<input type="checkbox"/> あり（ ）才時 ・ <input type="checkbox"/> なし-不明
結核（BCGは結核の予防接種です）	済 ・ 未 ・ 不明	<input type="checkbox"/> あり（ ）才時 ・ <input type="checkbox"/> なし-不明
その他	B型肝炎	<input type="checkbox"/> あり（ ）才時 ・ <input type="checkbox"/> なし-不明
		<input type="checkbox"/> あり（ ）才時 ・ <input type="checkbox"/> なし-不明

※MRワクチン（麻疹・風疹混合ワクチン）を接種されている場合は、麻疹・風疹両方に記入してください。

裏面に続く→

3. 大学生活を送るうえで、伝えておきたい事項がありましたら記入してください。

例) 気になる自覚症状(めまい・頭痛等)、治療中の病気で心配な点、食品や薬のアレルギー、運動制限等生活上での配慮が必要なこと、心の健康に関すること、障害や合理的配慮に関すること 等

4. 相談を希望される方は、該当する項目にチェックしてください。

※入学後に相談支援センターより連絡いたします。

※修学上の配慮を希望する場合は、相談支援センターでの面談が必要となります。

☐ からだ・心の健康に関して相談したい

☐ 大学生活を送るうえで配慮が必要、障害等について相談したい

相談者連絡先: (TEL) _____

(本人・家族)

※なお、入学前に相談を希望される方は、下記までご連絡ください。

<連絡先> 平日 8:30~17:15

○健康面のこと ➡ 保健室

Tel: 083-253-8986

Mail: kenkousoudan@shimonoseki-cu.ac.jp

○支援や配慮のこと ➡ 相談支援センター

Tel: 083-253-8166 / 083-253-8919

Mail: soudan-center@shimonoseki-cu.ac.jp