

|      |  |    |    |        |
|------|--|----|----|--------|
| 学籍番号 |  | 所属 | 学部 | 学科(専攻) |
| フリガナ |  |    |    |        |
| 名前   |  |    |    |        |

・上記記載をもって、個人情報の取り扱いについて同意したこととみなします。  
保健室HP上の「個人情報の取り扱いについて」をご確認をうえ記載してください。

下記問診について、当てはまる項目に☑を入れてください。

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【アレルギーの有無】    | <input type="checkbox"/> 特になし                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| アレルギーの原因      | <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ソバ <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> 魚 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/> 大豆<br><input type="checkbox"/> 薬品、他[内容：] |
| アナフィラキシー症状    | <input type="checkbox"/> あり (全身性蕁麻疹、唇・まぶたの腫れ、飲み込みづらい、声がかすれる、血圧低下、意識低下など)                                                                                                                                                                                                                           |
| 自己注射(エピペンの携帯) | <input type="checkbox"/> あり                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【障害者手帳の有無】 | <input type="checkbox"/> 特になし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 障害等級       | <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 7級 *保健室に手帳のコピーを提出してください。                                                                                                                                                |
| 障害部位       | <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 平行機能 <input type="checkbox"/> 音声・言語そしゃく機能 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 心臓<br><input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 膀胱または直腸 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 免疫機能 <input type="checkbox"/> 精神 |

|                 |                               |                                                                                               |                          |                                                                         |                          |                          |                          |
|-----------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 【病気について】        | <input type="checkbox"/> 特になし | ※1 主治医の指示のもと、治療・経過観察を行っていることを意味します。医師による診断のないものは該当しません。<br>※2 かつて治療していたが、現在は受診の必要がない状態を意味します。 |                          |                                                                         |                          |                          |                          |
| 病名              | 医師による<br>治療または<br>経過観察※1      | 自己判断に<br>よる放置                                                                                 | 既往歴<br>(過去の病<br>歴) ※2    | 病名                                                                      | 医師による<br>治療または<br>経過観察※1 | 自己判断に<br>よる放置            | 既往歴<br>(過去の病<br>歴) ※2    |
| 1.腎疾患           | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/> | 13.高血圧                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.脳血管疾患         | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/> | 14.糖尿病                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.先天性心疾患        | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/> | 15.喘息(小児喘息は除く)                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.狭心症・心筋梗塞      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/> | 16.肺結核                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.不整脈           | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/> | 17.子宮内膜症                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.心房・心室中隔欠損症    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/> | 18.悪性新生物                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.川崎病           | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/> | 19.整形疾患(側弯症、ヘルニア)                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.潰瘍性大腸炎        | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/> | 20.その他                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.クローン病         | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/> | 病名 ( )                                                                  |                          |                          |                          |
| 10.てんかん・失神・けいれん | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/> | * アレルギー性鼻炎、花粉症、アトピー性皮膚炎、骨折・<br>靱帯損傷(後遺症なし)、一過性の風邪やインフルエンザ等<br>の申告は不要です。 |                          |                          |                          |
| 11.精神障害         | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/> |                                                                         |                          |                          |                          |
| 12.発達障害         | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/> |                                                                         |                          |                          |                          |

|                                   |                                    |                                            |                                        |
|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|
| 【その他の質問】                          |                                    |                                            |                                        |
| 住居                                | <input type="checkbox"/> 1人暮らし     | <input type="checkbox"/> 寮・家族と同居           | <input type="checkbox"/> その他           |
| 朝食を摂っているか                         | <input type="checkbox"/> はい        | <input type="checkbox"/> いいえ               |                                        |
| 飲酒の頻度                             | <input type="checkbox"/> 毎日飲む      | <input type="checkbox"/> 時々飲む              | <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない・飲めない |
| 喫煙状況                              | <input type="checkbox"/> 吸わない・禁煙した | <input type="checkbox"/> 吸っている (電子タバコ等を含む) |                                        |
| 平均的な睡眠時間                          | 時間                                 |                                            |                                        |
| 睡眠で休養が十分とれている                     | <input type="checkbox"/> はい        | <input type="checkbox"/> いいえ               |                                        |
| 1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している | <input type="checkbox"/> はい        | <input type="checkbox"/> いいえ               |                                        |