

「健康記録票」の記入について

「健康記録票」は、本学が相談および指導の際、基礎資料として使用するものですので、ありのままを正確に記入してください。原則として他の目的には使用しません。ただし、法令に基づく場合、本人の生命・身体・財産を保護するために必要がある場合、学内集団感染などにおいて緊急を要する場合は、第三者に開示することがあります。

また、実習必要要件として求められた予防接種歴、健康診断で得られた抗体価については、実習担当課と情報共有させていただく場合があります。

なお、「健康記録票」については、各キャンパスの保健室が厳重に管理します。在学中、記入内容（住所等）に変更のある場合は、各キャンパスの保健室に必ず届け出てください。

「健康記録票」の記入についての注意事項

次ページにある「健康記録票」（下書き用）を印刷の上、下記注意点を確認しながら記入してください。オリエンテーション当日に別紙に清書していただきますので、必ず持参してください。

- (1) 記入事項は正確に記入し、記入漏れがないようにしてください。
- (2) [予防接種歴と罹患歴（病気にかかった記録）] は、母子健康手帳を参照して分かる範囲で記入してください。予防接種歴は、保護者にも確認して正確に記入してください。
- (3) 学籍番号は、学生証に記載されています。（受験番号ではありません。）
- (4) 提出書類の住所は、入学以降の居住地となる住所を記載してください。
- (5) 緊急連絡先は、必ず連絡のつく保護者の電話番号を記載してください。

お問い合わせ先

【人文学部・経済情報学部】

岐阜キャンパス保健室 058-278-0724

hokeng@shotoku.ac.jp

【教育学部・看護学部】

羽島キャンパス保健室 058-279-6257

hokenh@shotoku.ac.jp

健康記録票



※☑と記入すること

※アルファベットは○で囲むこと

※学籍番号は入学後に記入

所 属	<input type="checkbox"/> 教育学部（ <div>専修</div>	学 籍 号	K・H・N・J・M・D						
	<input type="checkbox"/> 人文学部（ <div>専攻</div>								
	<input type="checkbox"/> 看護学部	フリガナ							
	<input type="checkbox"/> 経済情報学部 <input type="checkbox"/> 大学院（ <div>研究科</div>	氏 名	(姓)			(名)			
生年月日		西 暦	年	月	日	性 別	男 ・ 女		

本 住 所 等	※入学後の住所を記載してください		〒		携帯電話		— —	
					自宅	指定寮（寮名）	アパート	その他
	未成年者・ 保護者・ 後見人等	フリガナ			続柄	自宅電話番号		— —
		氏 名				携帯電話番号		— —
	住 所	〒			緊急連絡先	氏名・勤務先名等		続柄()
						電話番号		— —

【現在の体調・通院治療などについて】緊急を要する場合、本人の生命、身体を保護するために必要がある場合など、本人の同意を得ることが困難なときには、法令やガイドラインに基づいて情報共有することがあります。

【現病歴】有 ・ 無 ※該当するものを○で囲み、下記に診断名等を記入してください。				脳疾患・脳血管障害()			
心臓疾患() 腎・尿路疾患() 消化器疾患 代謝・内分泌疾患 () てんかん けいれん 頭痛 結核 喘息 貧血 花粉症 アレルギー性鼻炎 食物・薬物アレルギー(原因物質：) 蕁麻疹 アトピー性皮膚炎 外傷【部位： 】 精神疾患 () 発達障害 () その他 ()							
診 断 名		発症年齢	治 療 状 況		特 記 事 項		
①		歳	治療中・検査中・経過観察・その他				
②		歳	治療中・検査中・経過観察・その他				
・現在、通院治療をされていますか。 はい／ 診断名 () いいえ							
・常用薬はありますか（内服薬・注射・塗り薬 など）。 はい／ 症状 () いいえ							
処方薬 () () () 市販薬 () ()							
・てんかん及びてんかん疑い等の診断を受けたことがある人のみお答えください。診断時期 (歳頃) ／診断名 ()							
現在の状況 検査中 ・ 治療中 ・ 経過観察中 ・ 治癒 ・ その他 ()							
・食物、薬物アレルギーがある人のみお答えください。							
アナフィラキシーショックを起こして救急搬送または、エピペンを使用したことはありますか。 はい (歳頃) いいえ							

【既往歴】これまでに大きな病気にかかったことや手術、入院などをしたことはありますか。 有 ・ 無							
※該当するものを○で囲み、下記に診断名等の詳細を記入してください。							
脳疾患・脳血管障害 心臓疾患 腎・尿路疾患 消化器疾患 喘息 呼吸器疾患 けいれん てんかん 貧血 血液疾患 代謝・内分泌疾患 食物・薬物アレルギー 耳鼻咽喉および眼疾患 精神疾患 () その他 ()							
診 断 名		発症年齢	治 療 状 況		特 記 事 項		
①		歳	検査中・経過観察中・定期検診・治癒・その他				
②		歳	検査中・経過観察中・定期検診・治癒・その他				

【予防接種歴・罹患(りかん・病気にかかったこと)歴】母子手帳または予防接種の記録等を参照のうえ、記入してください。					
		罹患(りかん・病気にかかったこと)の有無		予 防 接 種 年 月 日	
麻 疹 (はしか)	有 ・ 無 (年 月) 歳頃	年 月 日 (I 期)			
		年 月 日 (期)			
風 疹 (3日はしか)	有 ・ 無 (年 月) 歳頃	年 月 日 (I 期)			
		年 月 日 (期)			
M R ワ ク チ ン (麻疹・風疹混合ワクチン)		年 月 日 (最終接種日)			
流行性耳下腺炎(おたふく)		有 ・ 無 (年 月) 歳頃		年 月 日 (最終接種日)	
水 痘 (水ぼうそう)		有 ・ 無 (年 月) 歳頃		年 月 日 (最終接種日)	

【身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳について】			
・身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳は持っていますか。 有 ・ 無 (級) 診断名 ()			
※身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方は、手帳のコピーを提出してください。			
・講義や実習、通学や学生生活などでの配慮希望の有無について下記に記入してください。			

		希望の有無	配慮事項			希望の有無	配慮事項
視 覚	視 力	有 ・ 無		聴 覚	聴 力	有 ・ 無	補聴器／有 (右・左) ・ 無
	色 覚	有 ・ 無				補聴器具／有 () ・ 無	
	そ の 他	有 ・ 無					
身 体		有 ・ 無		そ の 他		有 ・ 無	

※上記について、これまで（高校などで）の配慮・支援実績がありましたら裏面の調査票に記入してください。
※この用紙はオリエンテーション時に提出してください。