



健康管理保健調査票

この調査票は、健康で安全に寄宿舎（以下「学寮」と略称）生活を送れるように、日頃の健康管理に役立てるためのものです。
秘密は厳守いたしますので、正確に記入してください。

I. 今までに罹った病気やケガはありますか。該当する番号に○をつけ、必要な事項を記入してください。

病 気	心 臓 の 病 気	病院名：		病名：		担当医：			
		発 症 期：幼少の頃〔 〕歳、学齢期〔 小学（ ）年 ・ 中学（ ）年 ・ 高校（ ）年 〕							
		治療の状況：(1)通院治療中 (2)治療中止 (3)治った (4)その他〔 〕							
		生活上の注意：(1)特になし (2)運動制限あり〔具体的記述： 〕							
・ 治 療 等 の 履 歴	他 の 内 外 病 気 等	病院名：		病名：		担当医：			
		発 症 期：幼少の頃〔 〕歳、学齢期〔 小学（ ）年 ・ 中学（ ）年 ・ 高校（ ）年 〕							
		治療の状況：(1)通院治療中 (2)治療中止 (3)治った (4)その他〔 〕							
		生活上の注意：(1)特になし (2)運動制限あり〔具体的記述： 〕							
該 当 す る 事 項 に ○ 印 と 記 入	大 ケ ガ （ 入 院 ） 等	病院名：		病名：		担当医：			
		発 症 期：幼少の頃〔 〕歳、学齢期〔 小学（ ）年 ・ 中学（ ）年 ・ 高校（ ）年 〕							
		治療の状況：(1)通院治療中 (2)治療中止 (3)治った (4)その他〔 〕							
		生活上の注意：(1)特になし (2)運動制限あり〔具体的記述： 〕							
		(1)薬品物アレルギー：薬品名〔 〕				症状〔 〕			
		(2)食物アレルギー：食材名〔 〕				症状〔 〕			
※「給食調理等」で配慮すべき事があれば記入してください。〔 〕									
(3)他のアレルギー（アトピー、金属、衣料繊維等）：具体名〔 〕						発 作 止 使 用 医 薬 品			
(4)喘息：最終発作 幼少の頃〔 〕歳、学齢期〔小学（ ）年・中学（ ）年・高校（ ）年 〕									
(5)自己注射薬の「エピネフリン製剤」を処方されていますか？〔 ある ・ ない 〕									

II. 現在「気になる自覚症状」があれば、記入してください。

また、学寮生活において「配慮」が必要な場合は、詳しく記入してください。

該 当 す る 事 項 に ○ を 記 入 す る に	(1)生活に支障を来す程の〔 頭痛・腹痛・下痢・生理痛 〕がある⇨該当に○		<他に気になることがあれば、記入してください>	
	(2)立ちくらみ やめまいがよくある	(5)最近気を失って転倒した		
	(3)動悸 や 息切れがよくある	(6)過呼吸を1年以内に起こした		
	(4)時々、胸が締めつけられるように痛い			
よく使用する内服薬(市販薬)名〔 〕 ◆使用頻度〔 〕日に〔 〕回ほどの使用 ◆何のために使用〔 〕				

III. 在学期間の治療経過記録

※以下は、寄宿舎の舎監が記入するものです。

年 月 日		ケガ または 病気名	
治 療 履 歴 記 録	通 院 病 院 名：		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

氏名：