

秘

## 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）生活を送るよう、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<br>気<br>・<br>治<br>療<br>等<br>の<br>履<br>歴                | 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〔具体的な記述〕                      |       |                  |  |
| 大<br>ケ<br>ガ<br>（<br>入<br>院<br>）<br>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〔具体的な記述〕                      |       |                  |  |
| 該<br>当<br>す<br>る<br>事<br>項<br>に<br>○<br>印<br>と<br>記<br>入 | (1)薬品物アレルギー: 薬品名〔 〕                                   | 症状〔 〕 | 発作止<br>使用<br>医薬品 |  |
|  | (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〔 〕                     |       |                  |  |
|  | (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<br>当<br>す<br>る<br>事<br>項<br>に<br>○<br>印<br>と<br>記<br>入<br>の<br>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(市販薬含)名〔 〕 ◆何のために使用〔 〕 ◆使用頻度〔 〕日に〔 〕回ほどの使用 |  |                         |  |

## III. 在学期間の治療経過記録

※以下は、寄宿舎の看護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: