学 生 健 康 診 断 票

［学部生用］

記入日：　　年　　月　　日

受験番号 ※5桁の場合は左詰め								
学部・学科	学部　　学科							※この欄には何も記入しないでください
フ リ ガ ナ								男・女
名　　前								

以下の質問は、あなたの在学中の生活についての参考資料として用いるものです。
個人的秘密は厳守いたしますので、ご協力をお願いします。

１．普段の健康状態はどうですか。

a. 健康である　　b. ふつう　　c. 病弱である

２．過去に大きな病気や怪我（入院を要した、長期間服薬している等）をした事がありますか。

病　　名	1.	2.
発　病　年	西暦　　年（　　才）	西暦　　年（　　才）
治 療 期 間		
最 近 の 状 況	治療中・観察中・完治	治療中・観察中・完治
服用中の薬名		

３．気になる自覚症状がありますか。（該当するものに〇印）

a. めまいを起こしやすい　b. 頭痛がしやすい　c. 息切れ、動悸がしやすい

d. 疲れやすい　e. 下痢しやすい　f. 便秘しやすい　g. 食欲がない

h. ささいなことが気になりやすい　i. 寝つきが悪かったり、眠っても目が覚めやすい

j. 特異体質（　　）

k.その他（　　）

※運動制限等がある場合はその他に記入してください。

４．感染症予防接種・罹患状況について

該当するところに〇印をしてください。対象疾患にかかった場合は、かかった時の年齢を記入してください。

予防接種の種類		接種歴	対象疾患罹患歴		
三 種 混 合 （DPT）		済 ・ 未 ・ 不明	ジフテリア	かかった（　　）才時 ・ 不明	
			百日咳	かかった（　　）才時 ・ 不明	
			破傷風	かかった（　　）才時 ・ 不明	
麻疹・風疹混合 （MR）		済 ・ 未 ・ 不明	麻疹	かかった（　　）才時 ・ 不明	
			風疹	かかった（　　）才時 ・ 不明	
おたふくかぜ		済 ・ 未 ・ 不明	おたふくかぜ	かかった（　　）才時 ・ 不明	
水痘		済 ・ 未 ・ 不明	水ぼうそう	かかった（　　）才時 ・ 不明	
BCG		済 ・ 未 ・ 不明	結核	かかった（　　）才時 ・ 不明	
その他		済（　　才時）	その他		かかった（　　）才時 ・ 不明
		済（　　才時）			かかった（　　）才時 ・ 不明

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。

（　　）