

健康調査チェックシート

この調査票は、現在までのあなたの健康状態を把握し、学生生活での健康上の支援をするためのものです。それ以外の目的に使用することはありませんので、ご協力よろしくお願いします。

フリガナ	性別	生年月日
氏 名	男 ・ 女	年 月 日生

■ 現在、治療中あるいは経過観察中の大きな病気はありますか？

(はい ・ いいえ)

例：心臓病・肝臓病・結核・喘息・糖尿病・てんかん・
精神疾患・自律神経失調症など

「はい」の方のみ以下に記入してください。

病名	現在の状況・治療内容（例：通院週 1 回、投薬 1 日 2 回）

■ 過去に大きな病気をしたことがありますか？

(はい ・ いいえ)

「はい」の方のみ以下に記入してください。

病名	現在の状況
	完 治 ・ 治療中 その他 ()

■ 授業において支援を必要とする障害などがありますか？

該当する項目すべてに○印をつけてください。

肢体の運動機能		視覚機能		聴覚機能	
音声言語機能		その他			

上記の項目などで具体的に伝えておきたいことがあれば記入してください。(現在の状況など)

--

■ 今のあなたの状況に該当する項目があれば、番号に○印をつけてください。

1. よく眠れない 2. 食欲がない 3. 気分の波が激しい
4. 不安感が強い 5. 人との関わりがおっくうである 6. 気を失うことがある

■ その他、大学に伝えておきたいこと、相談したいことなどがあれば記入してください。

--