

大学での活動を開始する皆様へ

大学では、学校保健安全法、労働安全衛生法を遵守し、学内の安全衛生環境整備ならびに健康管理に取り組んでいます。キャンパス内の感染症予防や事故防止、および適切な就学・就労支援の提供を目指すために、皆様に健康情報を提供していただいております。別紙、又は別紙の項目を全て含んだ医療機関作成の健康診断書を提出してください。

注意点：

1. 病気や障害のために、大学内で支援や配慮を必要とする場合は、具体的にわかりやすく記載してもらってください。
2. 水痘、風疹、麻疹、流行性耳下腺炎(おたふく)の集団発生を防ぐためには組織構成員すべての人が抵抗力(抗体)を持つ必要があります。罹患歴又は、予防接種歴があれば日付を記入してください。不明であれば血液検査による抗体価測定をして、その結果を記入、抗体価が不十分であれば追加予防接種をして、その実施日を記入してから提出してください。

保健管理センターは、快適な学生生活を送っていただくためのサポートセンターです。学内の体調不良などに対する応急処置、感染症や事故防止などの安全衛生改善、健康教育などを行っています。

個人の健康情報は、生命にかかわるような緊急・重篤時を除き、ご本人の了承なく保健管理センター外へ出ること是一切ありません。また、提出された診断書の内容によって不利益を受けることは一切ありません。提出された情報は、健康管理目的のみに使用いたします。

大学

TEL:

FAX:

E-mail:

健康診断書

診察担当医が明瞭に記載してください

氏名： _____

男 女

生年月日： _____

年齢： _____

1. 身体検査

- (1) 身長 _____ cm 体重 _____ kg
- (2) 血圧 _____ ~ _____ mm/Hg 脈拍 整 不整
- (3) 視力 (R) _____ (L) _____ 裸眼 矯正
- (4) 聴力 正常 低下
- (5) 言語 正常 異常
- (6) 肺 正常 異常
- (7) 心臓 正常 異常 → 心電図 (_____)

2. 胸部X線検査 (6ヶ月以内の検査のみ有効)



撮影日 _____

所見 _____

3. 尿検査： 糖 () たんぱく () 潜血 ()

4. 病歴および既往症

- | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 結核 | <input type="checkbox"/> マラリア | <input type="checkbox"/> その他の感染症 |
| <input type="checkbox"/> てんかん | <input type="checkbox"/> 精神疾患 | <input type="checkbox"/> 腎疾患 |
| <input type="checkbox"/> 心疾患 | <input type="checkbox"/> 肺疾患 | <input type="checkbox"/> 消化器疾患 |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 | <input type="checkbox"/> 膠原病 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー | <input type="checkbox"/> 食物アレルギー | |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | |

5. 現在治療中の病気 無 有

(病名・詳細 _____)

障がいの有無 無 有

(詳細 _____)

6. 予防接種歴

それぞれの感染症について、罹患歴、ワクチン接種歴または抗体価を記入してください

水痘：罹患歴：日付（ ）
抗体価： _____（日付 _____）
予防接種：接種日1回目（ ）接種日2回目（ ）

風疹：罹患歴：日付（ ）
抗体価： _____（日付 _____）
予防接種：接種日1回目（ ）接種日2回目（ ）

麻疹：罹患歴：日付（ ）
抗体価： _____（日付 _____）
予防接種：接種日1回目（ ）接種日2回目（ ）

流行性耳下腺炎：罹患歴：日付（ ）
抗体価： _____（日付 _____）
予防接種：接種日1回目（ ）接種日2回目（ ）

【フィールド活動をする学生】

破傷風：予防接種：接種日（ ）（5年以内）

【医療実習をする学生】

B型肝炎：抗体価： _____（日付 _____）
予防接種：接種日1回目（ ）接種日2回目（ ）接種日3回目（ ）

7. 志願者の健康状態について

留学に耐える 留学に支障あり

8. 特記すべき事項(特に支援が必要な場合は、具体的に明記して下さい)

医師署名： _____ 日 付： _____

医療施設名： _____

所在地： _____

T E L： _____ F A X： _____

Eメール： _____