

安全管理のための調査票

* ご記入いただいた情報は、当該授業科目にかかる安全管理にのみ用います。

記入日：令和 年 月 日		授業名：	
ふりがな 氏名：		所属（学年）：	
年齢：	性別：	電話番号：	Email*：

*:実習ガイダンスなどの資料を添付ファイルとして受信可能なアドレスを記入下さい。

<緊急時連絡先>

氏名：	受講生との関係：	電話番号：
-----	----------	-------

1. 滞在中に気をつけるアレルギーはありますか。

有

無

・「有」とお答えの方は以下をご記入ください。

薬品：
花粉症、植物など：
蜂、その他の虫：
金属、日光、その他：
食品：

※食品アレルギーがある方は、別紙に詳しくご記入ください。

2. アナフィラキシーショックになったことはありますか。

有

無

・「有」とお答えの方に次の問いをお尋ねします。

・アナフィラキシーショックの原因は何でしたか。
・エピペンを所持している場合は、携帯場所を具体的にご記入ください。 (例：赤い携帯ポーチに入れているなど)

※アレルギーがあるとお答えの方で、アナフィラキシーショックを起こしたことがある方、その心配がある方は、必ず医師の指導を受け、薬、エピペンを持参してください。

(裏面につづく)

3. 現在も治療中で実習中に気をつけた方が良い事がありますか。

有	無
---	---

・「有」とお答えの方は該当するものに○をしてください。

けいれん ・ 喘息 ・ 癲癇(てんかん) ・ じんましん ・ 腎臓病 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 虫垂炎 ・ 起立性調整障害 ・ 運動誘発アナフィラキシー ・ その他 ()
--

4. 3の回答を含め、通院・治療・投薬中のことがある方はご記入ください。緊急の場合、病院へ行くまでどのような応急処置をするべきか詳しくご記入ください。

--

5. 筑波大学山岳科学センター菅平高原実験所が主催する実習について、これまでの受講歴または今後の受講予定があれば、ご記入ください。

これまでの 受講歴	
今後の受講 予定	

6. その他に心配な点、担当教員に伝えておきたいことがありましたらご記入ください。

--