

年 組 番

**秘 保健調査票**

この調査票は、お子さんの健康診断および保健指導に役立て、また学校内での事故や急病などの緊急時に適切に対応を行うための書類ですので、正確にご記入ください。

ふりがな		生年月日	性別	平熱
氏名		平成・令和 年 月 日	男・女	. °C
自宅住所	南風原町字	自宅番号		
本校在学兄弟	年 組	年 組	年 組	

**★緊急連絡先★** 確実に連絡が取れる連絡先を記入してください

ふりがな 氏名	続柄	勤務先	優先順位	電話番号
				勤務先 ( )
				携帯 ( )
				勤務先 ( )
				携帯 ( )
				勤務先 ( )
				携帯 ( )

**1. 感染症・予防接種歴** 母子手帳で確認し、済ませたものに○をつけてください

番号	病名	予防接種をした	未接種	かかった ( 才 )
1	麻疹 (はしか)			
2	風疹 (3日はしか)			
3	日本脳炎			
4	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)			
5	水痘 (水ぼうそう)			
6	BCG (結核)			
7	その他 ( )			

**2. 既往歴** (今までかかった大きな病気・ケガ) 当てはまるものに○印をつけてください

○印	病名	発症年齢	現在の様子
	特になし		
	心臓病 ( )	才	完治・経過観察・定期受診中 備考:
	腎臓病 ( )	才	完治・経過観察・定期受診中 備考:
	川崎病	才	完治・経過観察・定期受診中 備考:
	てんかん	才	完治・経過観察・定期受診中 備考:
	ひきつけ・けいれん	才	完治・経過観察・定期受診中 備考:
	その他 (大けが・手術歴等含む) ( )	才	完治・経過観察・定期受診中 備考:

※裏面の記入も忘れずにお願いたします

3. アレルギーについて ※アレルギーがない場合は、「ない」に○をしてください

○印	病名	発症年齢	現在の症状	学校での配慮	症状が出た時の対応
	特になし				
	食物アレルギー 食品名〔 〕	才		・ 配慮が必要 ・ 配慮必要なし	
	薬品アレルギー 薬剤名〔 〕	才		・ 配慮が必要 ・ 配慮必要なし	
	アレルギー性鼻炎	才		・ 配慮が必要 ・ 配慮必要なし	
	ぜんそく	才		・ 配慮が必要 ・ 配慮必要なし	
	アレルギー性結膜炎	才		・ 配慮が必要 ・ 配慮必要なし	
	アトピー性皮膚炎	才		・ 配慮が必要 ・ 配慮必要なし	

4. かかりつけ病院

小児科・内科	外科・整形外科	その他

5. 現在の健康状態について (あてはまる番号に○をつけてください。)

1	よく頭が痛くなる	7	背骨が曲がっている
2	よくお腹が痛くなる	8	腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがある
3	息切れや動悸がよくある	9	腕、脚を動かすと痛みがある
4	立ちくらみやめまいをおこしやすい	10	腕、脚に動きの悪いところがある
5	目が充血したり、かゆくなったりしやすい	11	片脚立ちが5秒以上できない
6	色まちがいをすることがある(色覚)	12	しゃがみこみができない
13	その他 ( )		

6. 現在治療中の病気、病院で経過観察を受けている病気やけが等がありますか

ある ・ ない (※あるに○をつけた場合は、下記について記入して下さい)			
病名		内服薬	( ある・ない ) 毎日( 朝・昼・夜 )
運動制限	( ある・ない )	食事制限	( ある・ない )
定期検査や通院治療頻度： 1年に1回 ・ 半年に1回 ・ ( )か月に1回・( )			
学校において、管理や配慮が必要ですか ( 必要である ・ 特に必要ない ) →7に詳細を記入			

7. 健康上知らせておきたいこと、学校生活で配慮してほしいこと、相談したいことがあればご記入下さい

<p>※ 場合により、学校生活管理指導票や診断書の提出をお願いすることがあります。ご協力をお願いします。</p>
--

-----定期健康診断結果(この欄は、今年度の学校医による健康診断の結果を記入します)-----

<p>1. 内科異常なし</p> <p>2. 内科所見あり( ) 治療勧告 ・ 要経過観察</p> <p>3. 欠席のため未検</p>
---