 保　健　調　査　票

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学年 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ |
| 組 |  |  |  |  |  |  |
| 番号 |  |  |  |  |  |  |

この調査はお子さんの心身の健康状態について調べ、在学中の健康管理の参考にするとともに、学校で行う健康診断の資料とするものです。

**１　児童氏名・住所・電話番号等**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別　　　男・女 | | 生年月日　　　　　年　　　月　　　日生 | 血液型 |
| 児　童  氏　名 |  | 住　所 | （自宅TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | 型 |
| 保護者  氏　名 |  | RH  ＋　　－ |

**２　緊急連絡先**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **緊急連絡先**  ※自宅に連絡が取れない場合は、①～④の順で連絡します。 | ①　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　） | TEL　　　　　　　　　　　　　　　　（勤務先・自宅） |
| ②　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　） | TEL　　　　　　　　　　　　　　　　（勤務先・自宅） |
| ③　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　） | TEL　　　　　　　　　　　　　　　　（勤務先・自宅） |
| ④　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　） | TEL　　　　　　　　　　　　　　　　（勤務先・自宅） |

**３　かかりつけの医療機関**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| かかりつけの  医療機関 | 内　科 | 医療機関名 | TEL |
| 外　科 | 医療機関名 | TEL |
| 歯　科 | 医療機関名 | TEL |

**４　これまでにかかった病気等がある場合は、かかった時の年齢と現在の状況を記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病　　　名 | 初発の  年齢 | 現在の状況（○印） | | | 服薬の有無（○印） | |
| 治療中 | 経過観察 | 治癒 | 有 | 無 |
| 心臓疾患（病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  |
| 腎臓疾患（病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  |
| ひきつけ・てんかん |  |  |  |  |  |  |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  |

**５　アレルギーについて、あてはまるものに○をつけ、必要事項を記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| アレルギー　（　有　・　無　） | 気管支ぜん息　・　アトピー性皮膚炎　・　アレルギー性結膜炎　・アレルギー性鼻炎  食物アレルギー　・アナフィラキシー |
| 原因として考えられるもの | 花粉（　　　　　　）　・　鶏卵　・　牛乳　・　乳製品　・　小麦　・　そば　・　甲殻類  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在の症状 | 症状はない　・　時々ある　・　服薬中　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※エピペンの処方（　有　・　無　） |
| 学校生活で配慮すること |  |

**６　これまでに受けた予防接種と既往歴及び副作用歴について、あてはまるものに〇をつけてください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 未接種 | 接種有 | 感染歴有 | 副反応有 |
| 日本脳炎 |  | １回目　・　２回目　・　１期追加　　・　２期 |  |  |
| ３種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風） |  | １回目　・　２回目　・　３回目　・　４回目 |  |  |
| ４種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ） |  | １回目　・　２回目　・　３回目　・　４回目 |  |  |
| 麻しん風しん混合（MR） |  | １期　・　２期 |  |  |
| 水痘（水ぼうそう） |  | １回目　・　２回目 |  |  |
| 小児用肺炎球菌 |  | １回目　・　２回目　・　３回目　・　４回目 |  |  |
| ヒブ（Hib） |  | １回目　・　２回目　・　３回目　・　４回目 |  |  |
| BCG |  | １回目　　※未接種の理由：ツベルクリン反応検査陽性（　　）  　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |
| その他、任意接種で受けたものがありましたら、  ご記入ください。 |  | | | |

健康診断事前調査票

氏名

☆ よくある症状の欄に○をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症　　状 | | １年 | ２年 | ３年 | ４年 | ５年 | ６年 |
|  | 平熱を記入してください。 | （　　　℃） | （　　　℃） | （　　　℃） | （　　　℃） | （　　　℃） | （　　　℃） |
| 内  科 | 頭痛をおこしやすい。 |  |  |  |  |  |  |
| 腹痛をおこしやすい。 |  |  |  |  |  |  |
| 吐きやすい。 |  |  |  |  |  |  |
| 下痢しやすい。 |  |  |  |  |  |  |
| 便秘しやすい。 |  |  |  |  |  |  |
| 立ちくらみやめまいを起こしやすい。 |  |  |  |  |  |  |
| 乗り物に酔いやすい。 |  |  |  |  |  |  |
| 最近体重が気になる。 |  |  |  |  |  |  |
| その他（　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  |
| 女子のみ・・・生理痛がひどい。 |  |  |  |  |  |  |
| 眼  科 | 遠くを見るとき目を細める。 |  |  |  |  |  |  |
| 近くのものがぼやけて見える。 |  |  |  |  |  |  |
| 時々、目が赤くなる。 |  |  |  |  |  |  |
| 時々、目やにがでる。 |  |  |  |  |  |  |
| その他（　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  |
| 耳  鼻  科 | 中耳炎になりやすい。 |  |  |  |  |  |  |
| 耳が遠いと思う。 |  |  |  |  |  |  |
| 鼻血が出やすい。 |  |  |  |  |  |  |
| かぜをひいていない時、鼻汁が多い。 |  |  |  |  |  |  |
| よく鼻がつまる。 |  |  |  |  |  |  |
| 扁桃腺が腫れやすい。 |  |  |  |  |  |  |
| その他（　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  |
| 歯　科 | 歯が痛むことがある。 |  |  |  |  |  |  |
| かみにくいものがる。 |  |  |  |  |  |  |
| 歯ぐきから血が出やすい。 |  |  |  |  |  |  |
| 歯ならび・かみ合わせが気になる。 |  |  |  |  |  |  |
| 口を開けにくい時がある。 |  |  |  |  |  |  |
| 顎の関節のところで音がする。 |  |  |  |  |  |  |
| 口のにおいが気になる。 |  |  |  |  |  |  |
| 爪かみ、指しゃぶり、頬杖の癖がある。 |  |  |  |  |  |  |
| 口をよく開けている。 |  |  |  |  |  |  |
| 歯ぎしりをする。 |  |  |  |  |  |  |
| その他（　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  |

☆　学校に知らせておきたいことや、健康に関するご相談等ございましたらご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | １年 |  | ☆心臓・腎臓疾患、てんかん、ぜんそく、その他の大きな病気等について、また水泳、マラソン等の激しい運動をすることで支障があれば、以下に記入してください。 |
| ２年 |  |
| ３年 |  |
| ４年 |  |
| ５年 |  |
| ６年 |  |