

5 これまでにかかった病気について ※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)			病名	初発の年齢	現在の状況(○印)		
		治療中	経過観察	治癒			治療中	経過観察	治癒
心臓病(病名 )	歳				川崎病	歳			
腎臓病(病名 )	歳				その他(病名 )	歳			
ひきつけ・てんかん	歳				今までに手術した病気やけが ( 歳)				
糖尿病	歳				病気【 】 けが【 】				

6 現在の健康状態 ※現在の健康状態について、症状がある場合は該当する学年の欄に○を記入してください。

症状		1年	2年	3年	4年	5年	6年
内科	頭痛をおこしやすい						
	腹痛をおこしやすい						
	下痢・便秘になりやすい						
	動悸、めまい、息切れをすることがある						
	急に立つとめまいをすることがある						
	気を失って倒れたことがある						
皮膚科	肌があれやすい、かぶれやすい						
	体や手足にブツブツができています						
	気になる皮膚病がある( )						
耳鼻科	耳の聞こえが悪い						
	発音で気になることがある、声がかれている						
	よく鼻水がでる・鼻がつまる						
	鼻血がでやすい						
	のどがはれて、熱が出やすい						
	普段口を開けている						
	いびきをかくことがある						
	治療中の耳鼻科の病気がある( )						
眼科	遠くを見るとき、目をほそめる						
	色まがいをする						
	頭をかたおける、上目づかい、顔の正面で見ない						
	目がかゆくなる、目やにが出る、目が赤くなる						
	目がかわる						
整形外科	背骨が曲がっている						
	腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがある						
	腕に動きの悪いところがある、動かすと痛みがある						
	脚に動きの悪いところがある、動かすと痛みがある						
	しゃがみこみができない						
	片足立ちが5秒以上できない						
	治療中の整形外科の病気がある( )						

7 家庭からの連絡 (学校に知らせておきたいことがあればご記入ください)

1年		4年	
2年		5年	
3年		6年	

## 保健調査票



この調査はお子様の心身の健康状態について調べ、学校で行う健康診断の資料にするとともに、在学中の健康管理の参考にするのものです。正確に記入をお願いします。

ふりがな		性別	学年	1	2	3	4	5	6
児童氏名		男	組						
		女	番号						
ふりがな		生年月日	平成	年	月	日	平熱		℃
保護者名									
住所	宇城市小川町			自宅 Tel	( ) - ( )				
	(変更の場合)			地区名 ( )	保険証 種類	国民健康保険 社会保険 共済組合保険 その他( )			

1 緊急連絡先 確実に連絡が取れるところから順番にお書きください。1から順に連絡をします。  
変更がある場合は朱書きで訂正してください

1	ふりがな 氏名	自宅電話番号	-	-
	(続柄: )	携帯電話番号	-	-
		勤務先名		勤務先 電話番号 - -
2	ふりがな 氏名	自宅電話番号	-	-
	(続柄: )	携帯電話番号	-	-
		勤務先名		勤務先 電話番号 - -
3	ふりがな 氏名	自宅電話番号	-	-
	(続柄: )	携帯電話番号	-	-
		勤務先名		勤務先 電話番号 - -

2 かかりつけの病院 ※特にない場合は空欄

内科	Tel - -	外科	Tel - -	整形外科	Tel - -	歯科	Tel - -
						口腔外科	

3 予防接種について

MR (麻しん風しん)	第1期:平成	年	月	日	第2期:令和	年	月	日
-------------	--------	---	---	---	--------	---	---	---

4 アレルギー疾患について ※該当する項目に必要事項を記入し、症状については、該当する学年で書き換えをお願いします。

項目及び診断年齢	現在の症状	項目及び診断年齢	現在の症状
ぜんそく ( 歳)	治療中 定期受診 症状なし	食物アレルギー ( 歳)	治療中 定期受診 症状なし
アトピー性皮膚炎 ( 歳)	治療中 定期受診 症状なし	薬物アレルギー ( 歳)	治療中 定期受診 症状なし
アレルギー性鼻炎 ( 歳)	治療中 定期受診 症状なし	運動誘発アレルギー( 歳)	治療中 定期受診 症状なし
アレルギー性結膜炎( 歳)	治療中 定期受診 症状なし	その他のアレルギー( 歳)	治療中 定期受診 症状なし
アナフィラキシー ( 歳)	治療中 定期受診 症状なし	( )	

※原因物質(アレルギー)がわかればご記入ください

小麦・そば・乳製品 ( ) ・卵・落花生・えび・かに・肉類 ( ) ・魚介類 ( )	薬 ( ) 注射 ( ) 花粉 ( ) その他 ( )
・アレルギーが出た時の症状	・症状が出た時の手当