

# 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						
保護者名		生年月日	年 月 日			平熱	℃		
住所	宇城市	自宅Tel	( ) - ( ) - ( )						
	(変更の場合)	保険証の種類	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。  
**変更がある場合は朱書き**で訂正してください

1	氏名 (続柄： )	自宅電話番号	
		携帯電話番号	
		勤務先名	勤務先電話番号
2	氏名 (続柄： )	自宅電話番号	
		携帯電話番号	
		勤務先名	勤務先電話番号
3	氏名 (続柄： )	自宅電話番号	
		携帯電話番号	
		勤務先名	勤務先電話番号

2 かかりつけの病院名 ※特にない場合は空欄

内科	☎	外科	☎	歯科	☎	他	☎
----	---	----	---	----	---	---	---

3 アレルギー疾患について ※該当する項目に必要な事項を記入し、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(アレルゲン)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

4 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 ( 歳)				
糖尿病	歳				外傷【 】 病気【 】				

5 現在の健康状態 ※最近の健康状態について、該当する学年の欄に、当てはまる項目に○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						
	頭をかたむける、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	