

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	