

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のと同時に、学校生活での健康管理の参考にするものです。正確に記入をお願いします。

ふりがな				性別	学年	4	年
児童氏名				男	組		組
				女	番号		番
保護者名	生年月日	平成 令和	年	月	日	平熱	℃
住所	宇城市			保険証の種類	国民健康保険 共済組合保険	社会保険 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	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	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	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	歯科	TEL
----	-----	----	-----	----	-----

3 アレルギー疾患について ※該当する項目に記入してください。

項目及び診断年齢	現在の状況(○印)			項目及び診断年齢	現在の状況(○印)		
	治療中	経過観察	治癒		治療中	経過観察	治癒
ぜんそく (歳)				食物アレルギー (歳)			
アトピー性皮膚炎 (歳)				薬物アレルギー (歳)			
アレルギー性鼻炎 (歳)				運動誘発アレルギー(歳)			
アレルギー性結膜炎(歳)				その他のアレルギー(歳)			
アナフィラキシー (歳)				()			

※原因物質(アレルゲン)についてご記入ください。該当するものに○を記入してください。

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
どのような症状がでましたか

・症状が出た時の手当
症状が出た時に必要な手当を教えてください

--	--

氏名

0

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				今までに手術した外傷【				歳

5 現在の健康状態 ※最近の健康状態について、該当する項目に○を記入してください。

症状		該当する場合は○
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	
	色まがいをすることがある	
	色覚について検査を希望しますか、希望する場合は○を記入してください	
	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(

6 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。)

--