

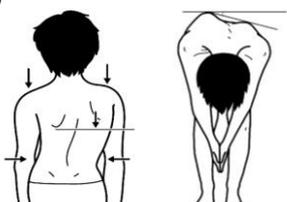
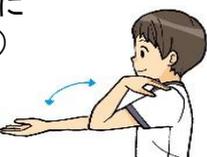
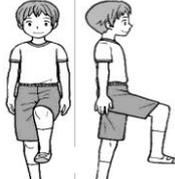
秘 保健調査票

児童名(_____)

◎健康相談及び日常管理の資料にぜひ必要ですからお子様と一緒にご記入をお願いします。

今までにかかった病気(番号に○印をつけてください) 1 心臓病 2 リウマチ熱 3 扁桃炎 4 腎臓病 5 虫垂炎(盲腸) 6 じんましん 7 ぜんそく 8 ひきつけ 9 結核 10 はしか 11 風疹 12 流行性耳下腺炎 13 水痘 14 ヘルニア 15 先天性股関節脱臼 16 川崎病 17 その他()			
お子様の平常体温(平熱)		°C	MRワクチン(麻しん・風しん)の予防接種歴(該当に○印) 1回接種 ・ 2回接種 ・ 接種したことがない
現在の健康状態(該当する欄に○をつけてください。) 内科 歯科 眼科 ※4年生のみお答えください 色覚	項目	○	具体的にご記入ください(特記事項がない場合は「なし」) 1 薬、食べ物などでアレルギー症状をおこしやすい (食品名・薬品名) (症状) 2 ぜんそくがあり発作をおこす (症状) 最近起きた時期 (平成 年 月 日ごろ) 3 今までに入院したり、手術したりした病名 4 交通事故や大きなケガ等の後遺症 5 身体面、精神面で特に気になること 6 今までに、心臓や腎臓などが悪いといわれ、検査を定期的に受けている (疾患名) 心臓手帳の有無(有 無) 腎臓手帳の有無(有 無)
	1. 熱を出しやすい		
	2. 頭痛をおこしやすい		
	3. 腹痛をおこしやすい		
	4. じんましんがでやすい		
	5. 乗り物に酔いやすい		
	6. 歯並びが悪い		
	7. 歯ぐきがはれたり、血がでる		
	8. 目がかゆい		
	9. 目やにがでる		
	10. 目が疲れやすい		
	11. 黒板の字が見えにくい		
	12. 色まちがいをすることがある		
13. 色覚検査を希望する			
※特にお子様のことで、学校で気をつけてほしいことがございましたらご記入ください。			

運動器に関する保健調査 (該当する項目に○)

1. 背骨が曲がっている (側わん症の有無をチェックします) 	はい いいえ	2. 腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがある (腰を曲げたり反らしたりしたときに、痛みはありませんか?) 	はい いいえ	3. 腕、脚を動かすと痛みがある (例: スポーツをしているときや、スポーツの後に、ひざが痛い等) 	はい いいえ
4. 腕、脚に動きの悪いところがある (例: 手のひらを上に向けて腕を伸ばしたとき、肘が完全に伸びない、完全に曲がらない等) 	はい いいえ	5. 片脚立ちが5秒以上できない (片脚立ちすると体が傾いたり、ふらついたりしませんか?) 	はい いいえ	6. しゃがみこみができない (足の裏全部を床に着けて完全にしゃがめますか?) 	はい いいえ

裏面もご記入ください