

保健調査票

| | |
|--------|-------|
| 学校名 | 学校 |
| 生年月日 | 年 月 日 |
| 性別 | |
| ふりがな | |
| 児童生徒氏名 | |

氏名（ ）

この調査は、お子さんの心身の健康状態について、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ものです。正確に記入してください。

1 これまでにかかった病気などに○をつけ、かかった時の年齢と現在の状況を記入してください。

| | 初発の 年齢 | 現在の状況 | | | 医療機関名 | 服薬 | |
|------------------------|----------------|-------|---------------------------------------|----|-------|----|----|
| | | 治療中 | 経過観察 | 治癒 | | あり | なし |
| 心臓病（病名 ） | | | | | | | |
| 腎臓病（病名 ） | | | | | | | |
| ひきつけ・てんかん | | | | | | | |
| 視力障害（右目・左目） | 症状・病名・必要な配慮（ ） | | | | | | |
| 難聴（右耳・左耳） | 症状・病名・必要な配慮（ ） | | | | | | |
| アレルギー疾患 | | | あり ・原因食物（ ） ・原因薬品（ ） ・その他（ ） | | | なし | |
| 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）の提出 | | | あり | | | なし | |
| 内服薬 | | | あり | | | なし | |
| エピペン® | | | あり | | | なし | |
| 心臓病管理指導表 | | | あり | | | なし | |
| 腎臓病管理指導表 | | | あり | | | なし | |
| 糖尿病の治療・緊急連絡等の連絡表 | | | あり | | | なし | |
| その他の学校生活管理指導表 | | | あり | | | なし | |

2 予防接種歴と既往症と副作用歴

| | 未接種 | 接種あり | | | | 感染あり | 副反応あり |
|-------------------|-----|------|-----------|-----|-----|------|-------|
| B型肝炎 | | 1回目 | 2回目 | 3回目 | | | |
| 肺炎球菌 | | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 4回目 | | |
| 5種混合 | | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 4回目 | | |
| 4種混合 | | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 4回目 | | |
| Hib（ヒブ） | | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 4回目 | | |
| 3種混合 | | 1回目 | | | | | |
| ポリオ | | 1回目 | 未接種の理由（ ） | | | | |
| 2種混合 | | 第2期 | | | | | |
| BCG | | 1回目 | | | | | |
| 麻疹・風疹混合（MR） | | 1回目 | 2回目 | | | | |
| 麻疹（はしか） | | 1回目 | 2回目 | | | | |
| 風疹 | | 1回目 | 2回目 | | | | |
| 水痘 | | 1回目 | 2回目 | | | | |
| 日本脳炎 | | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 第2期 | | |
| 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）任意 | | 1回目 | | | | | |
| その他の予防接種 | | | | | | | |

※未接種の場合は、未接種欄の○をつけてください。

※接種歴がある場合は、接種した回数すべてに○をつけてください。

※感染したことがある場合は、「感染あり」の欄に、かかった年月を記入してください。

※予防接種の副反応がある場合は、「副反応あり」の欄に○をつけてください。

3 最近の健康状態等について、あてはまるものがあれば該当学年の欄に○を記入してください。

| | | 症 状 | 1 年 | 2 年 | 3 年 |
|------|----|-------------------------|-----|-----|-----|
| 内科 | 1 | 食欲がなく、体重が増えにくい | | | |
| | 2 | 頭痛・腹痛を起こしやすい | | | |
| | 3 | 下痢・便秘になりやすい | | | |
| | 4 | 動悸・めまい・息切れをすることがある | | | |
| | 5 | 疲れやすく、元気のないことが多い | | | |
| | 6 | 急に立つとめまいをすることがある | | | |
| | 7 | 気を失って倒れたことがある | | | |
| 皮膚科 | 8 | 肌がかゆくなりやすい | | | |
| | 9 | 肌が荒れやすい・かぶれやすい | | | |
| | 10 | 化膿しやすい・にきびがしやすい | | | |
| | 11 | 体や手足にぶつぶつができています | | | |
| | 12 | 髪の毛の異常がある（頭ジラミ、脱毛症等） | | | |
| | 13 | 生まれつきのあざ・皮膚疾患がある | | | |
| | 14 | その他気になる皮膚疾患がある | | | |
| 耳鼻科 | 15 | 聞こえが悪い | | | |
| | 16 | 発音で気になることがある、声がかれている | | | |
| | 17 | 鼻水・鼻づまりをよくおこす | | | |
| | 18 | 鼻血が出やすい | | | |
| | 19 | のどの腫れや痛みを伴う発熱が多い | | | |
| | 20 | いびきをかくことがある | | | |
| 眼科 | 21 | 黒板の字が見えにくい・遠くを見るとき目を細める | | | |
| | 22 | 色まがいをすることがある | | | |
| | 23 | 頭を傾ける、上目づかい、顔の正面で見ない | | | |
| | 24 | 左右の視線がずれることがある | | | |
| | 25 | 本を読むと目が疲れたり、頭痛がしたりする | | | |
| | 26 | 目がかゆくなる、目やにが出る、目が赤くなる | | | |
| | 27 | 目が乾く、涙が出るが多い | | | |
| | 28 | コンタクトを使用していて、充血やゴロゴロする | | | |
| 歯科 | 29 | 歯が痛んだり、しみたりする | | | |
| | 30 | 顎の関節が痛む・大きく口を開けると音がする | | | |
| | 31 | かみにくい、束にくいと思うことがある | | | |
| | 32 | 歯並びやかみあわせが気になる | | | |
| | 33 | 口のおいが気になる | | | |
| | 34 | 歯ぐきから血が出るがある | | | |
| 整形外科 | 35 | 背骨が曲がっている | | | |
| | 36 | 腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがある | | | |
| | 37 | 腕、脚を動かすと痛みがある | | | |
| | 38 | 腕、脚に動きの悪いところがある | | | |
| | 39 | 片足立ちが5秒以上できない | | | |
| | 40 | しゃがみこみができない | | | |
| その他 | 41 | （女子のみ）月経前や月経中の腹痛や腰痛がひどい | | | |
| | 42 | （女子のみ）月経中、ほとんど毎回鎮痛剤を飲む | | | |
| | 43 | 月経に関係して、気になることがある | | | |

4 現在、治療中または経過観察中の病気やけが、学校に知らせておきたいことがあれば記入してください。

| | |
|------|--|
| 1 年生 | |
| 2 年生 | |
| 3 年生 | |

