|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学年 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ |
| 組 |  |  |  |  |  |  |
| 番号 |  |  |  |  |  |  |

**保　健　調　査　票**

**※鉛筆で記入し、裏面にも必ず記入してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな**  **児童名** |  | 性別 | 男　・　女 |
| 平熱 | 度 |
| 生　年　月　日 | 平成　　　年　　　月　　　日生 | 血液型 | 型 |
| 保険証の種類 | **無　・　有**　国民健康保険　社会保険　その他（　　　　　　　　　　　　　） | | |

１　自宅及び緊急連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住　　所 | 自宅℡ | | |
| 保護者名 |  | | |
| 緊急  連絡先 | 氏　　名 | 続柄 | 電話番号 |
| 第１連絡先 |  |  |
| 第２連絡先 |  |  |
| 第３連絡先 |  |  |

２　かかりつけの病院　　※特にない場合は空欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科目 | 病院名 | 科　目 | 病院名 |
| 内科 |  | 外科 |  |
| 整形外科 |  | 耳鼻科 |  |
| 眼科 |  | 歯科 |  |

３　アレルギー疾患について　※該当する項目について必要事項を記入し、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 |
| **※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（　　　　　　　　　　　　　　　）  ※現在の服薬について　　無　・　有（アレルギー名及び薬名：　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

４　今までにかかった病気

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 心臓病　　　（　　歳） | アナフィラキシー　　　（　　歳） | 今までに手術した病名（　　　　歳）  外傷：  【　　　　　　　　　　　　　　　】  病気：  【　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| 川崎病　　　（　　歳） | てんかん　　　　　　　（　　歳） |
| 結核　　　　（　　歳） | 水痘（みずぼうそう）　（　　歳） |
| 腎臓病　　　（　　歳） | 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）（　　歳） |
| 糖尿病　　　（　　歳） | 風しん（三日はしか）　（　　歳） |
| 熱性けいれん　　（　　歳） | 麻しん（はしか）　　　（　　歳） | その他（　　　　　　　　　　　　）　　歳 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　児童名（　　　　　　　　　　　　　　　）

５　予防接種の記録　※母子手帳を参考に、ご記入ください。接種済みの予防接種に〇をつけてください。

|  |
| --- |
| 日本脳炎　三種混合（百日咳・破傷風・ジフテリア）　四種混合（破傷風・ジフテリア百日咳・ポリオ）  BCG　　麻しん（はしか）　　風しん（三日はしか）　水痘（水ぼうそう）　流行性耳下腺炎　肺炎球菌性肺炎　　インフルエンザ |

６　現在の健康状態　※今の健康状態について、該当する学年の欄に、あてはまる項目に〇をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症状　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学年 | | １年 | ２年 | ３年 | ４年 | ５年 | ６年 |
| 内  科 | 食欲がなく、体重が増えにくい |  |  |  |  |  |  |
| 熱を出しやすい　平熱（　　　　　　）℃ |  |  |  |  |  |  |
| 頭痛・腹痛をおこしやすい |  |  |  |  |  |  |
| 下痢、便秘になりやすい |  |  |  |  |  |  |
| 気を失って倒れたことがある |  |  |  |  |  |  |
| 急に立つとめまいをすることがある |  |  |  |  |  |  |
| 湿疹やじんましんがでやすい |  |  |  |  |  |  |
| 皮膚科 | 肌がかゆくなりやすい |  |  |  |  |  |  |
| 生まれつきのあざや皮膚病がある |  |  |  |  |  |  |
| 体や手足にブツブツができている |  |  |  |  |  |  |
| 耳　鼻　科 | 耳の聞こえが悪い |  |  |  |  |  |  |
| 中耳炎になりやすい |  |  |  |  |  |  |
| かぜをひいていないのに、鼻水、鼻がつまったりする |  |  |  |  |  |  |
| 鼻血が出やすい |  |  |  |  |  |  |
| のどがはれて、熱がでやすい |  |  |  |  |  |  |
| 眼　科 | 遠くを見るとき、目をほそめる |  |  |  |  |  |  |
| 目やにが出たり、充血したりすることがある |  |  |  |  |  |  |
| 眼鏡・コンタクトをしている |  |  |  |  |  |  |
| 色まちがいをすることがある |  |  |  |  |  |  |
| 歯　科 | 歯が痛んだり、しみたりする |  |  |  |  |  |  |
| 歯ぐきから出血する |  |  |  |  |  |  |
| 顎の関節が痛んだり、音がしたりする。 |  |  |  |  |  |  |
| 整形外科 | 背骨が曲がっている |  |  |  |  |  |  |
| 腕、脚を動かすと痛みがある |  |  |  |  |  |  |
| 腕、脚に動きの悪いところがある。 |  |  |  |  |  |  |
| 腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがある |  |  |  |  |  |  |

　　　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 |  |