

記入例

世田谷区立武蔵丘小学校

保健調査票 (秘)

学年	1	2	3	4	5	6
組						
番号						

この調査は、お子様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します。他人に漏れることはありませんので、正確にご記入ください。

- * 住所・電話番号に変更がある場合は、すぐにご連絡ください。また、変更点は二重線を入れて書き直しをお願いいたします。
- * この用紙は6年間使用します。ていねいに取り扱いください。
- * また、健康診断に関する要望(プライバシーへの配慮等)、個別の対応等がありましたら、本調査票の 5. にご記入ください。

フリガナ むさがや たろう		氏名 世田谷 太郎		性別 ☒ 男 ☐ 女	生年月日 平成 23 年 4 月 2 日	平熱 36.5 °C
保護者氏名 世田谷 一郎		住所 世田谷区 世田谷 〇-〇-〇				
緊急連絡先	優先順	氏名 (続柄)	電話番号 携帯電話番号	連絡先等の名称 (お勤め先等)	健康 保険証	現在 ☒ 国保・社保・その他() 変更後 国保・社保・その他()
	1	世田谷 花子 (続柄 母)	090-1111-XXXX	母病室	内科	〇〇〇クリニック TEL 03-4444-XXXX
	2	(続柄)	03-1111-XXXX	自宅	外科 整形外科	TEL
	3	世田谷 一郎 (続柄 父)	090-3333-XXXX	父親室	眼科	TEL
	4	(続柄)	03-2222-XXXX	(株) 〇〇〇	耳鼻科	TEL
	5	世田谷 太郎 (続柄 祖父)	03-3333-XXXX	祖父自宅	歯科	TEL
				かかりつけの病院	その他	TEL

1. これまでにかかった病気に○をつけ、かかったときの年齢と現在の状況を記入してください。
※学校生活管理指導票については本調査票の 5. に記入してください。

病名	初発の年齢	治療中	治癒	病名	初発の年齢	治療中	治癒
① 心臓病(病名)	歳	はい/いいえ	歳	⑤ 熱性けいれん	歳	はい/いいえ	歳
② 腎臓病(病名)	歳	はい/いいえ	歳	⑥ その他()	歳	はい/いいえ	歳
③ 川崎病	歳	はい/いいえ	歳	⑦ その他()	歳	はい/いいえ	歳
④ てんかん	5 歳	はい/いいえ	歳	⑧ その他()	歳	はい/いいえ	歳

2. 予防接種歴と既往歴について該当する箇所○を記入してください。 ※母子手帳で確認の上、記入してください。

① HIB(インフルエンザ桿菌)	☒ 接種済 ☐ 未接種 ☐ 罹患有	⑦ BCG	☒ 接種済 ☐ 未接種
② 肺炎球菌性肺炎(肺炎球菌ワクチン)	☒ 接種済 ☐ 未接種 ☐ 罹患有		I 期 ☒ 接種済 ☐ 未接種 ☐ 罹患有
③ B型肝炎	☒ 接種済 ☐ 未接種 ☐ 罹患有	⑧ MR(麻疹・風疹混合)	II 期 ☒ 接種済 ☐ 未接種 ☐ 罹患有
④ 3種混合 (シブチリア・百日咳・破傷風)	☒ 接種済 ☐ 未接種 ☐ 罹患有	⑨ 水痘(水疱瘡)	☒ 接種済 ☐ 未接種 ☐ 罹患有
⑤ 4種混合 (シブチリア・百日咳 破傷風 ポリオ)	☒ 接種済 ☐ 未接種 ☐ 罹患有	⑩ 日本脳炎	☒ 接種済 ☐ 未接種 ☐ 罹患有
⑥ ポリオ	☒ 接種済 ☐ 未接種 ☐ 罹患有	⑪ 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	☒ 接種済 ☐ 未接種 ☐ 罹患有

児童名 世田谷 太郎

3. アレルギーについて、該当するものに○印と初発年齢を記入してください。
※ここ1年間でアレルギー疾患と診断された場合に、○を記入してください。

疾患名		初発年齢	1年	2年	3年	4年	5年	6年
全てにあてはまらない場合は、この欄に○を記入してください。			○					
1	アレルギー性眼疾患(アレルギー性結膜炎)	歳						
2	アレルギー性鼻疾患(アレルギー性鼻炎)	歳						
3	花粉症	7 歳		○				
4	アトピー性皮膚炎	歳						
5	アレルギー性皮膚疾患(じんましんなど)	歳						
6	気管支喘息	歳						
	食物アレルギー・その他 (鶏卵・くるみ) ※変更点は二重線を入れて書き直しをお願いします。 ※給食の除去食対応は別途申し出が必要です。	歳						
7	原因食材・物質() 主な症状 腹痛・吐き気・嘔吐・口の違和感 (じんましん) (かゆみ) (発熱) (咳込み) (意識障害) (その他) アナフィラキシーショックの既往 (有) (無) エピペンの処方 (有) (無) 内服薬 (有) (無) 有の場合⇒薬品名 () 医療機関 ○○○クリニック 電話番号 03-4444-XXXX 主治医 北沢 雄子							
8	学校生活管理指導表(アレルギー疾患用、食物アレルギー用)の提出	(有)	無	管理不要				

4. ここ1年間の健康状態・生活習慣について、次の事項にあてはまるものがあれば○を記入してください。(現在の学年)

症 状		1年	2年	3年	4年	5年	6年
全てにあてはまらない場合は、この欄に○を記入してください。			○				
内科・皮膚科	1 頭痛をおこしやすい						
	2 腹痛をおこしやすい	○					
	3 下痢しやすい						
	4 便秘しやすい						
	5 動悸、めまい、息切れをすることがある						
	6 乗り物に酔いやすい						
	7 じんましんがでやすい						
	8 肌がかゆくなりやすい、あれやすい						
	9 その他 ()						
耳鼻科	10 聞こえが悪い						
	11 よく鼻水が出る	○					
	12 鼻血がでやすい						
	13 のどの腫れや痛みを伴う発熱が多い						
眼科	14 その他 ()						
	15 色をまちがえることがある						
	16 目がかゆくなる、目やにが出る、目が赤くなる	○					
	17 メガネ・コンタクトレンズを使用している						
歯科	18 その他 ()						
	19 顎の関節が痛んだり音がしたりすることがある						
	20 歯並びやかみあわせの矯正をしている						
	21 歯ぐきから血が出ることもある						
その他	22 その他 ()						
	23 月経不調症状がある 〔症状を記入してください〕						

5.

健康上のこと、健康診断でのプライバシーへの配慮等、学校に連絡したいことがあれば、記入してください。
 ※毎日飲んでいる薬(常用薬)・学校生活管理指導表(心疾患・腎疾患・てんかん など)の有無など。
 ※特記事項がない場合は、「特になし」に○をしてください。

特になし

1年

常用薬

禁忌薬

特になし

2年

〇〇のため、月に1回通院し経過観察中です。

〇〇のような症状が出た場合は、待合している薬を飲みをてください。

常用薬 〇〇薬

禁忌薬 〇〇薬

特になし

3年

常用薬

禁忌薬

特になし

4年

常用薬

禁忌薬

特になし

5年

常用薬

禁忌薬

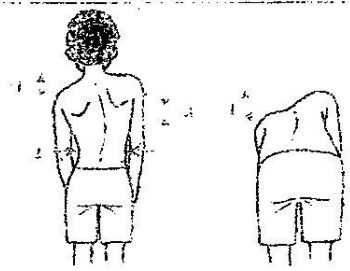
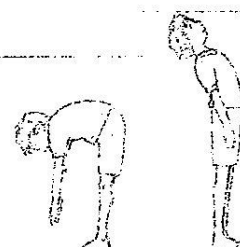
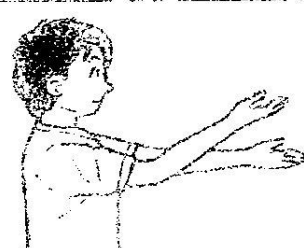
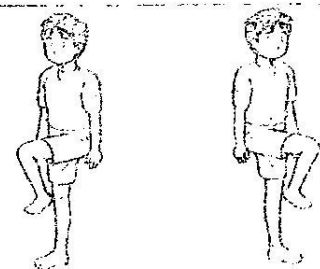
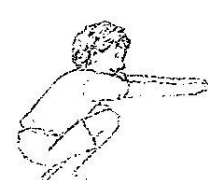
特になし

6年

常用薬

禁忌薬

6. 脊柱・胸郭・四肢の状態について、下の図の例を参考にチェックを行い、あてはまるものがあれば○を記入してください。
(現在の学年)

症 状		1年	2年	3年	4年	5年	6年
全てにあてはまらない場合は、この欄に○を記入してください。 →		○					
1	両肩の高さに差がある						
2	左右の脇線の曲がり方に差がある						
3	両肩甲骨の高さ・位置に差がある		○				
4	前屈した左右の背面の高さに差がある						
							
5	腰を曲げたときに痛みがある						
6	腰をそらしたときに痛みがある						
							
7	肩・肘を動かすと痛みがある						
8	肩・肘に動きの悪いところがある(両腕を伸ばすと、片方だけまっすぐ伸びない など)						
							
9	片足立ちが5秒以上できない(左右ともにチェックし、ふらつく場合も含む)						
10	股関節・膝を動かすと痛みがある		○				
11	股関節・膝に動きの悪いところがある						
							
12	しゃがみこみができない(ふらつく、後ろに転ぶ、しゃがむと痛みがある など)						
							
13	上記の症状で整形外科通院中である						