

保健調査票

*裏面の「結核について」も必ず記入してください

この保健調査票は、お子さんの健康状態を知り、学校医が行う健康診断の基礎資料、また毎日の健康管理や指導に役立てるものです。秘密書類として扱いますので、お子さんの状態をできるだけ詳しくご記入ください。なお、緊急時対応の際は、救急隊員（消防）に情報を提供することがあります。

年組番号	年 組 番 (男・女)	保護者氏名	印
ふりがな		現住所	宜野湾市
児童名			
生年月日	平成 年 月 日生	電話番号	

緊急連絡先	1番目に連絡してほしい人	ふりがな		続柄	TEL	携帯電話:	
		氏名				職場名【	】TEL
	2番目に連絡してほしい人	ふりがな		続柄	TEL	携帯電話:	
		氏名				職場名【	】TEL
	3番目に連絡してほしい人	ふりがな		続柄	TEL	携帯電話:	
		氏名				職場名【	】TEL
家族構成	氏名	続柄 (年組)	氏名	続柄 (年組)	氏名	続柄 (年組)	

アレルギーについて

*現在、アレルギーが無い場合は、(ある・ない)の「ない」に○をしてください。

	原因となる物	症状 (○をして下さい)	学校での配慮	症状が出た時の対応
※アレルギー (ある・ない)	食品名	1. ブツブツが出る 2. のどがかゆくなる 3. 息苦しくなる 4. 気分が悪くなる 5. その他【 】	1. あり【 】 2. なし	1. 病院受診が必要 2. 経過観察 3. 手当【 】
	薬品名	1. ブツブツが出る 2. のどがかゆくなる 3. 息苦しくなる 4. 気分が悪くなる 5. その他【 】	1. あり【 】 2. なし	1. 病院受診が必要 2. 経過観察 3. 手当【 】
	その他	1. ブツブツが出る 2. のどがかゆくなる 3. 息苦しくなる 4. 気分が悪くなる 5. その他【 】	1. あり【 】 2. なし	1. 病院受診が必要 2. 経過観察 3. 手当【 】
	アナフィラキシーショック (血圧低下、呼吸困難、意識を失うなど) を起こしたことがありますか。		ない ・ ある (原因)	
エピペンを処方されていますか		はい ・ いいえ		

今までにかかった病気・感染症について

病名や状況等については記入し、あてはまるものを○で囲んでください。

病気・感染症・予防接種他	心臓病名: (歳 ~ 歳)	川崎病 (歳 ~ 歳)	病名: (歳 ~ 歳)
	* 治癒した * 経過観察中	* 治癒した * 経過観察中	* 治癒した * 経過観察中
	* 週・月・年 回通院中	* 週・月・年 回通院中	* 週・月・年 回通院中
	腎臓病名: (歳 ~ 歳)	水痘 (水ぼうそう) (歳)	麻疹 (はしか) (歳)
* 治癒した * 経過観察中	(予防接種 済 ・ 未)	風疹 (三日はしか) (歳)	
* 週・月・年 回通院中	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) (歳)	MR 予防接種 (1期 ・ 2期 ・ 未)	
	(予防接種 済 ・ 未)		

* うら面の記入もお願いします

現在の身体の様子について (平熱 °C) ※お子さんの平熱を記入して下さい。

① 現在治療中の病気 (なし ・ ある)	
「ある」と答えた方は、現在、治療中又は経過観察をしている病気について、病名や病院名、治療状況をご記入下さい。	
*病名【 <input type="text"/> 】	
*かかりつけ病院名 (<input type="text"/>) 通院状況 (週 ・ 月 ・ 年 <input type="text"/> 回)	
(<input type="text"/>) (週 ・ 月 ・ 年 <input type="text"/> 回)	
*主な症状	*症状が出た場合の対応
現在治療中の病気について、運動制限・食事制限・薬など気をつけてほしい事がありますか。	
② 喘息発作をおこす	ない * ある 【 最終発作 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 】
③ てんかん発作をおこす	ない * ある 【 最終発作 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 】
④ アレルギー性結膜炎がある	ない * ある
⑤ アレルギー性鼻炎がある	ない * ある
⑥ アトピー性皮膚炎がある	ない * ある
⑦ 頭痛が起こりやすい	ない * ある
⑧ 腹痛が起こりやすい	ない * ある
⑨ 色の見分けがつかないことがある	ない * ある
⑩ 耳の聞こえが悪い (右・左)	ない * ある
⑪ じんましんが出やすい	ない * ある
⑫ ひきつけを起こしたことがある	ない * ある 【 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月頃 】
その他	

結核について(必ず記入してください)

(はい・いいえ) に○をつけ、必要事項の記入をお願いします。

① 過去2年間に結核性の病気(肺浸潤・胸膜炎・肋膜炎・頸部リンパ節結核など)にかかったことがありますか?		はい (<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月頃) ・ いいえ
② 過去2年間に結核予防の薬を飲んだことがありますか?		はい (<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月頃) ・ いいえ
③ 家族や同居人で過去2年間に結核にかかった人がいますか?		はい (<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月頃) ・ いいえ
④ 2週間以上「せき」や「たん」が続いていますか?		はい ・ いいえ
「はい」の場合	医療機関を受診していますか?	はい ・ いいえ
	喘息・喘息性気管支炎と言われていますか?	はい ・ いいえ
⑤ 過去3年以内に通算して半年以上 <u>外国</u> に住んでいましたか?		はい* [国名: <input type="text"/>] ・ いいえ
※⑤の質問に「はい*」と答えた方のみお答えください。来日後(又は帰国後)、精密検査を受けましたか? ・ はい【結核判定の結果に○をつけてください(要医療・経過観察・異常なし) *検査結果の提出をお願いします】 ・ いいえ		
⑥ BCG(結核)(予防接種 済 ・ 未) 未接種の理由:(<input type="text"/>)		