

秘 保 健 調 査 票

諫早市立諫早中学校

この調査は、お子様が中学校に入学されてから卒業されるまでの3年間を通じて、健康診断及び健康を守るための資料として活用し、役立てようとするものです。

つきましては、お子様の健康状態をよく観察されて該当欄にご記入いただき、学級担任まで提出してください。なお、2年生以上は加筆訂正し、変更があれば早めに連絡をしてください。

| | | | | | | | | | |
|-------|---------|-------------|---------|---|---|----|----|----|----|
| ふりがな | | 性別 | 生 年 月 日 | | | 学年 | 1年 | 2年 | 3年 |
| 生徒氏名 | ()小学校卒 | 男 | 女 | H | 年 | 月 | 日 | 組 | |
| | | | | | | | 番号 | | |
| ふりがな | | 自宅住所 | TEL | | | | | | |
| 保護者氏名 | | | TEL | | | | | | |
| | | ※R . . . 変更 | | | | | | | |

緊急連絡先

※差し支えなければ携帯の番号もご記入ください。保護者に連絡がつかない場合の連絡先もご記入ください。

| 優先順位 | 続柄 | 氏名 | 連絡先名(勤務先名) | 電話番号 | 携帯番号 |
|------|----|----|------------|------|------|
| 1 | | | 〇〇会社、△△病院 | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |

○続柄は生徒から見たときの関係をご記入ください。

| | | | | | | |
|-----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|
| かかりつけの医療機関名 | 小児科・内科 | (TEL) | 歯科 | (TEL) | | |
| | 外科・整形外科 | (TEL) | 平熱 | ℃ | | |
| 今までに、注射・薬等で具合が悪くなったことがあればご記入ください。 | ・注射・薬等の名前 () ・何歳頃ですか? () 歳 ・その時の様子は・・・ | | | | | |
| 感染症歴 | かかった病気に「○」をしてください。 | はしか(麻疹) | 三日ばしか(風疹) | おたふく風邪(流行性耳下腺炎) | 水ぼうそう(水痘) | その他 [] |
| | 予防接種が済んだものに「☑」をしてください。母子手帳などをご覧になり正確にご記入ください。 | 定期 | MR(麻疹風疹混合) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 二種混合 | <input type="checkbox"/> |
| | | | 四種混合または三種混合・ポリオ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 日本脳炎 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 任意 | BCG | <input type="checkbox"/> | | | |
| おたふくかぜ | | <input type="checkbox"/> | | 水痘(みずぼうそう) | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|---|--|------------------------------|---------------|--------------|--|---|---------|---|
| 氏名 | | | | ※3年間使用しますので、大切にしましょう。 | | | | | | |
| 該当するものに○をつけましょう。 | | | | 1年 | 2年 | 3年 | 健康上特に配慮を要することがあればご記入ください。なければ☑をお願いします。 | | | |
| 内科的 | よく頭痛がする | | | | | | 1年 □特記事項なし | | | |
| | 腹痛をおこしやすい | | | | | | | | | |
| | 便秘になりやすい | | | | | | | | | |
| | 下痢をしやすい | | | | | | | | | |
| | 動悸・息切れが激しい | | | | | | | | | |
| | 立ちくらみをおこしやすい | | | | | | | | | |
| | 熱を出しやすい | | | | | | | | | |
| | ぜん息の発作をおこす | | | | | | | | | |
| | アトピー性皮膚炎である | | | | | | | | | |
| | 月経によって運動や学習に支障をきたすことがある | | | | | | | | | |
| その他() | | | | | | 2年 □特記事項なし | | | | |
| 耳鼻科的 | 鼻がつまったり、鼻汁がよく出る | | | | | | 3年 □特記事項なし | | | |
| | 鼻血が出やすい | | | | | | | | | |
| | 耳の聞こえが悪い(右・左) | | | | | | | | | |
| | 耳が時々痛む(右・左) | | | | | | | | | |
| | 中耳炎になりやすい | | | | | | | | | |
| | のどが痛んで熱が出やすい | | | | | | | | | |
| | いつも口を開けている | | | | | | | | | |
| その他() | | | | | | | | | | |
| 眼科的 | 黒板の字が見えにくい | | | | | | | | | |
| | 眼を細めてものを見る | | | | | | | | | |
| | 目やに、涙が出やすい | | | | | | | | | |
| | 色の識別が弱い(間違えることがある) | | | | | | | | | |
| その他() | | | | | | | | | | |
| 既往歴 | 心臓病 | オ | リウマチ熱 | オ | 熱性けいれん | オ | 貧血 | オ | 起立性調節障害 | オ |
| | 腎臓病 | オ | 川崎病 | オ | てんかん性けいれん | オ | 中耳炎 | オ | 片頭痛 | |
| | 肝臓病 | オ | ぜん息 | オ | 結核 | オ | 過呼吸症候群 | オ | 花粉症 | |
| 既往症について知らせておきたいことがあればお書きください。 ・現在の状況 ・通院の状況 ・学校生活での留意点 など | | | | 診断名()・医療機関名() 病気等の詳細... | | | | | | |
| 食べ物について | アレルギーをおこす食べ物はありますか。 | | | | | (あ る ・ な い) | | | | |
| | (ある)と答えた人は、医師の診断を受けていますか。 | | | | | (は い ・ いいえ) | | | | |
| | ▶ 最終受診日はいつですか。 | | 令和 | 年 | 月 | 日 | 医療機関名 | | | |
| | | | 令和 | 年 | 月 | 日 | 医療機関名 | | | |
| | | | 令和 | 年 | 月 | 日 | 医療機関名 | | | |
| | アレルギーをおこす食品名(該当に○印を) | | 卵 牛乳 そば 小麦粉 魚介類() 豆類() 果物() その他() | | | | | | | |
| | アナフィラキシー症状がでたことがありますか。 | | あ る ・ な い | | エピペンをもっていますか? | | はい ・ いいえ | | | |
| アレルギーがでた時の症状 | | | | | | | | | | |
| 学校での留意点 | | | | | | | | | | |