

# 秘 保健調査票

令和3年度 豊見城市立豊崎小学校

この調査票は、お子さんの健康状態を知り、学校での健康管理や学校医が行う健康診断の資料に役立つものです。また、学校内での傷病時や緊急時に職員で情報を共有し適切な対応を行うために必要ですので、保護者の方が正確にご記入のうえご提出ください。(個人情報として大切に扱います)

年	組	番	ふりがな 児童名	生年月日 平成 年 月 日生	性別 男・女	平熱 ℃
現住所：豊見城市字				自宅電話番号：		

1, 緊急連絡先(優先順に記入してください) ※緊急連絡先が変更になった場合は連絡をください。  
\* 職場の電話番号や携帯電話などできるだけご記入をお願いします

優先順位	保護者氏名	携帯電話番号	職場
1番目	ふりがな 氏名 続柄( )		職場名 TEL
2番目	ふりがな 氏名 続柄( )		職場名 TEL
3番目	ふりがな 氏名 続柄( )		職場名 TEL

2, 今までにかかった病気について ※あてはまるものに☑印をつけてください。

- 特になし
- 心臓の病気[ ]…  完治  通院中  服薬中
- 腎臓の病気[ ]…  完治  通院中  服薬中
- 川崎病・リウマチ熱・不整脈 …  完治  通院中  服薬中
- てんかん・ひきつけ …  完治  通院中  服薬中
- 手術した[ ]…  完治  通院中  服薬中
- その他[ ]…  完治  通院中  服薬中

※現在治療中の病気がある場合に記入し、[ ]のあてはまるものに○印をしてください。

病名 [ ]	内服薬 { 有・無 } 毎日 { 朝・昼・夕 }
運動制限 { ある・ない }	食事制限 { ある・ない }
定期検査や通院治療 { 1年に1回・半年に1回・2、3か月に1回・毎月1回・症状がある場合・他 }	

3, 現在の健康状態について ※あてはまるものに☑印をつけてください。

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 良好                  | <input type="checkbox"/> じんましんや湿疹がやすい       |
| <input type="checkbox"/> よく頭痛を訴える            | <input type="checkbox"/> 皮膚がかさかさしている        |
| <input type="checkbox"/> よく腹痛を訴える(下痢・便秘・生理痛) | <input type="checkbox"/> 《めがね・コンタクト》を使用中である |
| <input type="checkbox"/> 立ちくらみやめまいを起こしやすい    | <input type="checkbox"/> 色間違いがよくある          |
| <input type="checkbox"/> かぜをひきやすく、熱がやすい      | <input type="checkbox"/> 見分けにくい色がある         |
| <input type="checkbox"/> たびたび息切れや動悸がする       | <input type="checkbox"/> よく鼻血が出る            |
| <input type="checkbox"/> 細かなことを気にしたり緊張しやすい   | <input type="checkbox"/> その他( )             |

4, ふだんの運動の様子について

運動の種類 (例:野球部、スイミングなど)	頻度(例:週3日など)	運動の種類 (例:野球部、スイミングなど)	頻度(例:週3日など)

- ふだん運動は特にしていない

※裏面の記入も忘れずをお願いします。

5. アレルギー体質や症状について ※現在あてはまることに○印をし、必要事項を記入してください。

		症状(○をし必要事項を記入)	有症時の対応(○をし必要事項を記入)
1)食品名	有・無	1.皮膚症状 じんましん、かゆみ 2.粘膜症状 唇やまぶたの腫れ、目の充血 目のかゆみ、口の中の違和感 3.呼吸器症状 咳き込み、息苦しい 4.消化器症状 吐き気、嘔吐、腹痛 5.その他	①保護者に連絡して病院受診 ②経過観察をして保護者へ連絡 ③その他
2)薬品名	有・無	1.皮膚症状 じんましん、かゆみ 2.粘膜症状 唇やまぶたの腫れ、目の充血 目のかゆみ、口の中の違和感 3.呼吸器症状 咳き込み、息苦しい 4.消化器症状 吐き気、嘔吐、腹痛 5.その他	①保護者に連絡して病院受診 ②経過観察をして保護者へ連絡 ③その他
3)その他	有・無		

6. アレルギー疾患について ※あてはまるものに☑印を記入してください。

- 特になし
- アトピー性皮膚炎 …  完治  通院中  服薬中
- アレルギー性鼻炎 …  完治  通院中  服薬中
- アレルギー性結膜炎 …  完治  通院中  服薬中
- ぜんそく (直近発作 才 月) …  完治  通院中  服薬中
- その他( ) …  完治  通院中  服薬中

7. 運動器検診問診 ※内科検診時に校医に診てもらう項目です。

①～⑥項目の動作をそれぞれイラストのチェック例を参考にお子様と確認してあてはまるものに☑印を記入してください。

- ①背骨のゆがみ(側わん症の疑い) …  ある  ない
- ②痛みなく腰を曲げ反らしできる …  できる  できない
- ③痛みなく腕、脚を動かせる …  できる  できない
- ④よどみなく腕、脚が動かせる …  できる  できない
- ⑤片足立ちが5秒以上できる …  できる  できない
- ⑥足裏全部を床につけたまま  
しゃがみこみができる …  できる  できない



8. 今までにかかった感染症及び予防接種について

	未接種	接種済み	感染歴有
①日本脳炎		1回目・2回目・3回目	
②麻しん(はしか)		1回目・2回目	
③風しん(3日はしか)		1回目・2回目	
④MR(麻疹風疹混合)		1回目・2回目	
⑤水痘(みずぼうそう)		1回目	
⑥流行性耳下腺炎(おたふく)		1回目・2回目	
⑦BCG(結核)		1回目	
⑧その他			

※予防接種をしていない場合は「未接種」に○を記入  
※接種済みの場合は、接種した回数全てを○で囲む  
※かかったことがある場合は「感染歴有」に○を記入

9. 健康上のことで学校に知らせたいこと、相談や配慮してほしいことなどがありましたら記入してください。