

秘 保健調査票

令和4年度 豊見城市立豊崎小学校

保護者殿

下記及び裏面への記載をよろしくお願いします。

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：			
本校にいる 兄弟姉妹	年 組	氏名：		この調査票は、お子様の健康状態を知り、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てるものです。また、学校内での傷病時や緊急時に共有し適切な対応を行うために必要ですので保護者が正確にご記入ください。		
	年 組	氏名：				
	年 組	氏名：				

1. 緊急連絡先(優先順位も記入してください)

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

※緊急連絡先が変更になった場合は連絡をください				連絡先 優先順位
連絡先【父】	(ふりがな) 父の名前		携帯電話：	
	職場名		職場電話：	
連絡先【母】	(ふりがな) 母の名前		携帯電話：	
	職場名		職場電話：	
連絡先【他】	(ふりがな) 名前		【児童との関係： 電話番号：	

2. 現在の健康状態について ※あてはまるのに☑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) | <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() |
| <input type="checkbox"/> 月経時及び月経周辺期に腹痛、頭痛、吐気嘔吐の症状が強い | |

3. 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)

ふだん運動は特にしていない

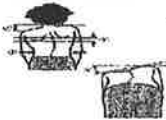
4. 運動器検診問診 ※内科検診時に校医に診てもらう項目です。

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(側湾症の疑い) | … <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| ②痛みなく腰を曲げ反らしできる | … <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない |
| ③痛みなく腕、脚を動かせる | … <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない |
| ④よどみなく腕、脚が動かせる | … <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない |
| ⑤片足立ちが5秒以上できる | … <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> 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 | … <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない |

背骨が曲がっていませんか？
(側湾症の有無をチェックします)

腰を反らしたり、曲げたりした時、腰が痛みませんか？



片脚立ちが5秒以上できますか？

しゃがみ込みができますか？



※裏面の記入も忘れずをお願いします。

5. アレルギーについて ※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。

特になし

○印	種類	原因物質	症状	緊急時に対応
	①食物アレルギー	生卵 ・ 鶏卵全般(加熱含む) 牛乳 ・ 乳製品 魚卵 ・ 甲殻類 (すべて・エビ・カニ・アサリ・他: ナッツ系 ・ 蕎麦 ・ 小麦粉 果物系 ・ 肉類 その他【 】	()アナフィラキシーショック ()じんましん・かゆみ ()唇やまぶたの腫れ ()目のかゆみ・充血 ()咳込み・口の違和感 ()腹痛・吐き気・嘔吐 ()その他症状	()内服薬 ()エピペン ()その他
	②その他	薬品【薬品名: 】 ハウスダスト ・ 動物【 】 その他【 】	【 】	※アレルギー症状と思われるものには保護者に連絡し対応してまいりますのでよろしくお願いいたします。

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. 今までにかかった病気及び治療中の病気について ※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 服薬中 通院中【 回 / 年 ・ 月】
- 腎臓の病気【 】… 完治 服薬中 通院中【 回 / 年 ・ 月】
- 川崎病 ・ リウマチ熱 ・ 不整脈 … 完治 服薬中 通院中【 回 / 年 ・ 月】
- てんかん ・ ひきつけ … 完治 服薬中 通院中【 回 / 年 ・ 月】
- 手術した【 】… 完治 服薬中 通院中【 回 / 年 ・ 月】
- その他【 】… 完治 服薬中 通院中【 回 / 年 ・ 月】

※現在治療中・通院中の病気制限はありますか

特になし

運動制限あり【制限内容: 】

食事制限あり【制限内容: 】

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	

※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。