

# 保健調査票の記入について

4月8日(月)に入学式受付で提出してください。

児童の健康状態を把握するために、保健調査票の記入をお願いしております。「有・無」どちらかに○をつけてください。

入学年度も記入してください。番号は男女混合通し番号です。

**③ 保健調査票**

この調査はお子様の健康状態を調べ、学校で行う健康診断の資料にするともに、在学中の健康管理の参考にするものです。新年度の該当項目に○印および必要事項をご記入ください。(表・裏)

9年間使用しますので、大切に扱ってください。

学校の名称											
年度入学	氏名	男・女		平成・令和	年	月	日生				
小学校	1年組番	2年組番	3年組番	4年組番	5年組番	6年組番					
中学校	1年組番	2年組番	3年組番								

1 いままでにかかった病気やけがについて

心臓疾患	病名( )	( )歳	現在は(全治・治療中)
川崎病	病名( )	( )歳	現在は(全治・治療中)
腎臓疾患	病名( )	( )歳	現在は(全治・治療中)
けいれん発作等(てんかん・熱性けいれん)	病名( )	現在(全治・治療中・経過観察中)	
最終発作(年 月)	※最終発作の時期が変更になった場合は余白にご記入ください。		
大きなけが等	有( )	無( )	

2 その他の病気やアレルギーについて

疾病	小学校						中学校		
	1年	2年	3年	4年	5年	6年	1年	2年	3年
喘息	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
アトピー性皮膚炎	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
花粉症	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
鼻炎	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
アレルギー	食物アレルギー ※有の場合：食品名→								
	喘息のアレルギー ※有の場合：薬品名→								
	その他のアレルギー ※有の場合：その内容→								

3 予防接種の記録・罹患状況

種類	記録	接種年月日等	罹患状況
B CG	( )	年 月 日	未接種 続投( )歳
二種混合(ジフテリア・破傷風)	( )	年 月 日	未接種
三種混合(ジフテリア・破傷風・百日咳)	( )	年 月 日	未接種
四種混合(ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ)	( )	年 月 日	未接種
ポリオ	( )	年 月 日	未接種
麻疹・風疹(MR)	( )	年 月 日	未接種 ( )歳
麻疹(はしか)(M)	( )	年 月 日	未接種 ( )歳
風疹(三日はしか)(R)	( )	年 月 日	未接種 ( )歳
日本脳炎	( )	年 月 日	未接種
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	( )	年 月 日	未接種 ( )歳
水痘(みずぼうそう)	( )	年 月 日	未接種 ( )歳
予防接種の副作用	有【症状：		】 - 無

●今までにかかった病気やけがについて  
治療中か全治に○をつけ、治療中の場合は「5健康上注意することや、連絡することがありましたら新学年の欄にご記入ください」に現在の様子を御記入ください。

●その他の病気やアレルギーについて  
該当学年の欄に、**全員**が「有・無」の記入をしてください。アレルギーについては、「有」に○がついた場合は、原因となるものについて御記入ください。

●予防接種の記録・罹患状況  
お子さんの年齢により、予防接種の項目が違ふことがあります。母子手帳を確認し、御記入ください。受けていない場合は早めの接種をお願いします。その病気にかかった場合は、「罹患状況」に御記入ください。

4 現在の健康状態 ※ 新年度の該当項目に○印及び必要事項をご記入ください

項目	学年	小学校						中学校
		1年	2年	3年	4年	5年	6年	
内科	平熱	○						
	頭痛・腹痛を訴えることがある							
	息切れや動悸がある							
	めまいや立ちくらみをおこしやすい							
	じんましんや湿疹がでやすい							
	耳の聞こえが悪い (右・左)							
整形外科	発音がはっきりしない							
	色の見え方や色使いが気になる							
	眼科で近視・遠視・乱視等何か言われたことがあるら記入してください							
	背骨が曲がっている							
	腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがある							
	腕、脚を動かすと痛みがある							
5 健康上注意することや、連絡することがありましたら新学年の欄にご記入ください	片脚立ちが5秒以上できない							
	しゃがみこみができない							
	上記の症状について受診しましたか(整形外科)	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	小学校	1年(あり・なし)	2年(あり・なし)	3年(あり・なし)				
	4年(あり・なし)	5年(あり・なし)	6年(あり・なし)					
	中学校	1年(あり・なし)	2年(あり・なし)	3年(あり・なし)				

●平熱  
早退を判断する際の基準の一つになります。必ず御記入ください。

●現在の健康状態  
あてはまるものがあつたら、該当学年の欄に○をつけてください。  
【整形外科】の項目については、そのことにより日常生活に支障がでる場合のみ○をつけてください。

●健康上注意することや、連絡することがありましたら新学年の欄にご記入ください。

該当学年の欄に、**全員**が「あり・なし」に○をつけてください。「あり」に○がついた場合は、現在の様子を御記入ください。  
毎日飲んでいる薬があつたり、長期にわたって治療している病気がある場合もこの欄に御記入ください。

※ 医師から特別な配慮が必要といわれている場合は、学校まで御連絡ください。