

①

保健調査票

＜保健調査票記入についてのお願い＞

この調査票は、お子さんの健康診断や健康管理や学校内での事故や緊急時の時に適切な対応を行うために必要ですのでご記入の上ご提出ください。

糸満市立潮平小学校

年 組 番	フリガナ	性 別	生 年 月 日
	氏 名	男 ・ 女	平成 年 月 日生
保 護 者 名		住所：糸満市字	

1 緊急時の連絡先（連絡のつきやすい順番に記入して下さい）

連絡する人の氏名	本人との続柄	電 話 番 号	備考（職場名等）
①			
②			
③			

2 かかりつけの病院があればご記入下さい。

内科・小児科	TEL：
整形外科	TEL：
外科	TEL：

3 これまでにかかった病気についてご記入下さい。

	有無	年齢	経過 ・ 備考
(1)心臓が悪いと言われたことがある	はい ・ いいえ	() 歳の時	
(2)じん臓が悪いと言われたことがある	はい ・ いいえ	() 歳の時	
(3)ぜんそくにかかったことがある	はい ・ いいえ	() 歳の時	
(4)ひきつけや意識を失ったことがある	はい ・ いいえ	() 歳の時	
(5)虫垂炎（盲腸）にかかったことがある	はい ・ いいえ	() 歳の時	
(6)リウマチ熱にかかったことがある	はい ・ いいえ	() 歳の時	
(7)今までにかかったことがある伝染病に○をつけて下さい	はしか ・ 風疹（三日はしか） ・ 水痘（みずぼうそう） 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） ・ その他（ ）		
(8)今までに受けた予防接種に○をつけて下さい ※小6はDT接種の対象者です！	MR（麻疹・風疹）1期 ・ MR2期 DPT（ジフテリア・百日咳・破傷風）1期 ・ DPTポリオ5種混合 日本脳炎1期 ・ 日本脳炎2期 ・ その他（ ）		
(9)アレルギーがある	食物アレルギー	はい ・ いいえ () 歳の時	食品名 ()
	薬品アレルギー	はい ・ いいえ () 歳の時	薬品名 ()
	その他（虫刺され等）	はい ・ いいえ () 歳の時	アレルゲン ()
(10)上記以外の病気にかかったことがある	はい ・ いいえ	<病名>	

4 現在の体の状態についてお答え下さい。（症状がある場合は○、症状がひどい場合は◎を記入）

(1)たびたび息切れや動悸がする	(6) 下痢しやすい
(2)疲れやすく元気がない	(7) じんましんや湿疹がしやすい
(3)かぜをひきやすく、熱が出やすい	(8) よく腹痛を訴える
(4)めまいや立ちくらみを起こす	(9) よく頭痛を訴える
(5)便秘しやすい	(10) その他 ()

5 色の見え方で気になることがありますか（色覚について）

はい ・ いいえ

例) 色をまちがえる、見分けにくい色がある、通常と異なる色使いがみられる等

※色覚の特性への適切な対応（配慮や指導）につなげるための質問です。（色覚検査はH15年度より学校健診項目から削除）

6 健康上のことで、学校に相談したいことや学校に知らせておきたいことがありましたらご記入下さい。

【確認事項】必要に応じて本調査結果を以下のように活用させて頂くことに同意しますか？（○で囲んで下さい）

①次年度への引き継ぎ（校内） ②中学校への引き継ぎ（6年生卒業時） ③全てに同意しない

④その他 ()

※裏面の記入も忘れずをお願いします