**保　健　調　査**令和６年度入学・転入　　　　　　　　　**神埼市立千代田西部小学校**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学年 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ |
| 組 |  |  |  |  |  |  |
| 番号 |  |  |  |  |  |  |

　この調査はお子さんの健康の保持増進をはかり、健康診断を的確かつ円滑に実施するために、健康状態等に関する調査を行うものです。また緊急時の連絡にも使いますので、ご協力をお願いします。

　記入していただいた個人の情報につきましては、学校教育の目的以外には使用いたしません。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  児童名 | | | |  | | | 保護者名 | |  | | |
| 男  　　　　　　　　　　　　　　　　　女 | | |
| 生年月日 | | | | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | |
| 住　所 | | | | 千代田町　　　　　　　　　　　　　　　　　　　自宅  　　　　　　　　　　　　　　　　　　番地　　　　電話 | | | | | | | |
| 緊　急　連　絡　先　　　（優先順で記入してください） | | | | | | | | かかりつけの病院 | | | 電　話 |
| 続柄 | | 氏　　　名 | | | | 連絡先　　　　（　電話　） | |
|  | |  | | | | （　　　　　　） | | 内　科 | |  |  |
| （　　　　　　） | | 外　科 | |  |  |
|  | |  | | | | （　　　　　　） | | 歯　科 | |  |  |
| （　　　　　　） | | 眼　科 | |  |  |
|  | |  | | | | （　　　　　　） | | 耳鼻科 | |  |  |
| （　　　　　　） | |  | |  |  |
| 保険証 | | | 国保　　社保　　共済　　その他（　　　　）なし | | | | | ＊　緊急連絡先や保険証に変更がある場合は、連絡や訂正をお願いします。 | | | |
| 国保　　社保　　共済　　その他（　　　　）なし | | | | |
| 国保　　社保　　共済　　その他（　　　　）なし | | | | |
| 既  往  症 | ・心臓病　　　（　　　　　才）　・ぜんそく（　　　　　才）　・流行性耳下腺炎（　　　　　才）  ・ひきつけ（熱性けいれん含）（　　　　才）　・風疹（　　　　　才）・水痘（　　　　才）  ・その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  麻しんの予防摂種既往：１回目（　　年　　　月　　　日）２回目（　　　年　　　月　　　日） | | | | | | | | | | |
| 学校生活で健康上注意すること、要望、連絡しておきたい事がありましたらご記入ください。（今までに  脳脊髄液減少症・低髄液圧症候群と診断された場合は必ず記入） | | | | | 1年 | | | | | | |
| 2年 | | | | | | |
| 3年 | | | | | | |
| 4年 | | | | | | |
| 5年 | | | | | | |
| 6年 | | | | | | |
| ＊　毎年４月に保護者の方にお渡ししますので記入をお願いします。６年間使うものです。取りあつかいはていねいにし、記入されたら至急担任へお渡しください。変更がありましたら随時お知らせください。　　　　※注：裏面もあります | | | | | | | | | | | |

**保　健　調　査**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | | | |  | | | | | | | |
| 右　の　よ　う　な　こ　と　が　あ　り　ま　す　か | 項　　　　　　目 | | | | １年 | ２年 | ３年 | ４年 | ５年 | ６年 | 自由記入欄 |
| **内　　　　　　科** | たびたび頭痛や腹痛を訴える | | |  |  |  |  |  |  | １年 |
| 息切れ、どうきがはげしい | | |  |  |  |  |  |  |
| いつも顔色がわるい | | |  |  |  |  |  |  |
| 立ちくらみがする | | |  |  |  |  |  |  |
| といわれる  アレルギー体質 | ぜんそく発作 | |  |  |  |  |  |  |
| アトピー性皮膚炎 | |  |  |  |  |  |  | ２年 |
| 食物アレルギー  （卵・牛乳・魚・貝・肉・その他） | |  |  |  |  |  |  |
| 薬物アレルギー　　　（薬名） | |  |  |  |  |  |  |
| 化学物質アレルギー | |  |  |  |  |  |  |
| その他（　　　　　　　　　） | |  |  |  |  |  |  | ３年 |
| 心臓検診結果  （病名・管理区分） | | |  |  |  |  |  |  |
| 腎臓検診結果  （病名・管理区分） | | |  |  |  |  |  |  |
| **外　　科** | 関節がいたい | | |  |  |  |  |  |  | ４年 |
| 事故で頭を強く打ったことがある | | |  |  |  |  |  |  |
| 骨折の経験がある | | |  |  |  |  |  |  |
| その他 | | |  |  |  |  |  |  |
| **耳　　鼻　　科** | アレルギー性鼻炎がある | | |  |  |  |  |  |  |
| はな血が出やすい | | |  |  |  |  |  |  | ５年 |
| 扁桃炎をおこしやすい | | |  |  |  |  |  |  |
| 耳のきこえがわるい（右・左） | | |  |  |  |  |  |  |
| 耳がときどきいたむ | | |  |  |  |  |  |  |
| 耳だれがでる（右・左） | | |  |  |  |  |  |  |
| その他 | | |  |  |  |  |  |  | ６年 |
| **眼　　科** | アレルギー性結膜炎がある | | |  |  |  |  |  |  |
| 黒板の字が見えにくい | | |  |  |  |  |  |  |
| ものを見る時まぶしい | | |  |  |  |  |  |  |
| メガネをかけている | | |  |  |  |  |  |  |
| その他 | | |  |  |  |  |  |  |
| ＊該当する項目に○をつけてください。特にひどいときは◎をつけます。 | | | | | | | | | | |