

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			男 女	保護者名		
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 () 麻しんの予防接種既往：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										
項 目		1 年	2 年	3 年	4 年	5 年	6 年	自由記入欄		
右 の よ う な こ と が あ り ま す か	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								
		ア レ ル ギ ー 体 質 と い わ れ る	ぜんそく発作							2 年
			アトピー性皮膚炎							
			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 ()							
		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							5 年	
		はな血が出やすい								
		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。										