

保 健 調 査

令和8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				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隨時お知らせください。						
※注 : 裏面もあります						

保 健 調 査

氏 名									自由記入欄	
		項 目		1年	2年	3年	4年	5年		6年
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								
		アレルギーといわれる 体質	ぜんそく発作							
			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)								3年
		腎臓検診結果 (病名・管理区分)								
		外 科	関節がいたい							
			事故で頭を強く打ったことがある							4年
			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									
	耳だれができる (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。