

# 秘 保 健 調 査 票

この調査は、定期健康診断の資料または学校生活を健康に送るための参考となるものです。正確にご記入ください。個人情報の取り扱いには注意し、目的以外には使用致しません。

ふりがな		〈 生年月日 〉	
年 組 号	氏名	平成	年 月 日
保護者氏名		住所	佐賀市 <span style="float: right;">☎ - -</span>
緊急連絡先	順位	氏名	続柄 連絡先
	1		☎ - - (勤務先)
	2		☎ - - (勤務先)
	3		☎ - - (勤務先)
保険証の種類	国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 共済組合 ・ その他( ) (扶養者名)		
かかりつけの病院	☎ - -		
質問に○または記述でお答え下さい	① 耳の聞こえ	普通 ・ 聞こえにくい( 両 ・ 右 ・ 左 )	
	② 眼鏡の使用	無 ・ 有 ( )年生の頃から	
	③ コンタクトの使用	無 ・ 有 ( )年生の頃から	
	④ 目鼻のアレルギー	無 ・ 有 目( )鼻( )	
	⑤ 皮膚の状態	普通 ・ アトピー ・ 蕁麻疹 ・ その他( )	
	⑥ ぜんそく	無 ・ 有 ハウスダスト ・ 花粉 ・ ダニ ・ その他( ) 最近の発作は 年生 月頃 常に常用・発作時のみ使用・定期受診	
	⑦ 薬品のアレルギー	無 ・ 有 内服薬( )外用薬( )	
	⑧ 食物アレルギー	無 ・ 有 卵 ・ 牛乳 ・ その他( ) 頻度 食べると必ず出る ・ 体調が悪いと出る ・ その他( ) 症状( )	
	⑨ 花粉症	無 ・ 有 花粉の種類( ) 症状( )	
	⑩ その他アレルギー	無 ・ 有 シックハウス症候群 その他( )	
	⑪ 予防接種歴	麻疹風疹混合ワクチン(MRワクチン) はい(回数 ) ・ 不明	
<p>*ぜんそく・アトピー・食物アレルギー・アナフィラキシー等アレルギー疾患で学校での配慮が必要です。はいの場合は、学校管理表必要となります。主治医から必要内容を記載の上ご提出ください。</p> <p style="text-align: center;">学校生活管理表が必要ですか      はい      ・      いいえ</p>			
⑫ 色覚 (別紙資料参考)	色の見え方で、気になりますか。学校に相談できます。 相談を希望しますか      はい      ・      いいえ		
<p><b>【備考欄】</b>学校生活で、配慮が必要なものがありましたら記入ください。(例)視力低下のため座席を考慮ください等。 ※特定の症状が出た場合の対処方法や緊急搬送先は具体的にご記入ください。</p>			