

秘 保 健 調 査 票

令和5年度 佐賀市立本庄小学校

この調査票は、緊急時の連絡、健康診断時の発育、健康状態の把握、健康管理などに役立てるものです。各項目とも○印をつけるか、該当する事項を書き入れてください。（裏もご記入ください。）

なお、この調査は毎年行い、1年間保管後処分しております。

クラス	年 組	番	児童名	<u>(ふりがな)</u>
保護者名	<u>(ふりがな)</u>		生年月日	(男 ・ 女) H 年 月 日生
現住所	佐賀市 電話番号 () -			

緊急連絡先

必ず連絡が取れるところを優先順位別にご記入ください。※日中勤務先に連絡が取れる場合、勤務先欄もご記入ください。（緊急時を除き、受診が必要な場合は保護者様にお迎えに来ていただいています。）

1	<u>(ふりがな)</u> 氏 名	続柄 ()	勤務先名	電話番号 () -
	電話番号 ()	-	電話番号 ()	-
2	<u>(ふりがな)</u> 氏 名	続柄 ()	勤務先名	電話番号 () -
	電話番号 ()	-	電話番号 ()	-
3	<u>(ふりがな)</u> 氏 名	続柄 ()	勤務先名	電話番号 () -
	電話番号 ()	-	電話番号 ()	-

住所や緊急連絡先、保険証等、変更がございましたらお知らせください。

かかりつけ医療機関	保険証の種類
内科・小児科 (病院名) (電話番号) () -	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国民保険 ・ 社会保険 ・ その他 ()
整形外科 (病院名) (電話番号) () -	
歯科 (病院名) (電話番号) () -	
耳鼻科 (病院名) (電話番号) () -	
眼科 (病院名) (電話番号) () -	
その他 (病院名) (電話番号) () -	

【予防接種状況】 接種したものやかかったことがある場合は、その時の年齢をご記入ください。

麻疹 (はしか)	有 () 才 ・ 無	予防接種 (未・1回目済・2回目済)
風疹 (三日はしか)	有 () 才 ・ 無	
水痘 (水ぼうそう)	有 () 才 ・ 無	
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	有 () 才 ・ 無	

裏もご記入ください。

現在の様子について、各項目とも○印をつけるか、該当する事項をご記入ください。

【体の様子】 平熱（ ℃） 児童名（ ）

項目		○	項目		○
内科	①よく頭が痛くなる		眼科	⑩目が赤くなったりかゆくなったりする	
	②よくお腹が痛くなる			⑪目を細めてものを見る	
	③よく下痢をする			⑫遠視で定期的に受診をしている	
	④よく便秘をする			⑬めがねを使用している	
	⑤めまい、息切れ、動悸がする			⑭コンタクトレンズを使用している	
	⑥立ちくらみ（貧血）を起こしやすい			⑮色の見え方が気になる	
	⑦かぜをひきやすい			耳鼻科	⑯扁桃腺が腫れて熱が出やすい
生活習慣	⑧朝なかなか起きられない		⑰鼻血がよく出る		
	⑨偏食をする		⑱鼻がつまりやすい		
			⑲耳が聞こえにくい（右・左）		
			⑳鼻・耳・喉の病気をしたことがある （病名 ）		

【既往歴】

心臓病（病名 ）（ ）才	
現在管理中（病院名 ）	次回検査予定（ 年 月） ・現在病院での管理なし
腎臓病（病名 ）（ ）才	
現在管理中（病院名 ）	次回検査予定（ 年 月） ・現在病院での管理なし
その他（病名 ）（ ）才	
現在管理中（病院名 ）	次回検査予定（ 年 月） ・現在病院での管理なし
ひきつけ、けいれん	（ ）才
脳脊髄液減少症	（ ）才

【アレルギー体質・副作用】

ぜんそく	無・有（ ）才～ 最後の発作（ 年 月頃）	定期受診・発作時のみ受診・服薬中 その他（ ）
食物アレルギー	無・有（卵・乳・その他 ） （症状 ）	給食除去食希望（無・有） エピペン（無・有）、緊急処方薬（無・有）
皮膚のアレルギー	無・有（アトピー・湿疹・じんましん・その他 ）	
虫刺症によるアレルギー	無・有（虫の種類 ）	
花粉症（植物の種類 ）	無・有（症状 ）	
シックスクール症候群・化学物質過敏症	無・有（症状 ）	
薬の副作用（外用薬・内服薬・注射）	無・有（薬品名 ）	

身体や心のことで定期的に受診している病気や服用中の薬、学校生活で配慮する事項などありましたら、ご記入ください。（例：○○で半年に1回○○へ通院中、四肢（手足）の動き、色覚検査希望など）

※医師の診断のもと学校で配慮を要する場合（食物アレルギー、心臓疾患等）は、管理指導表の提出をお願いいたします。