

(秘) 保 健 調 査 票

令和8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つものです。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) 年 月 日生 |
| 現住所 | 佐賀市 電話番号 () - | | |

緊急連絡先

必ず連絡がと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。（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 () 電話番号 () - | 勤務先名 電話番号 () - |
| 2 | <u>(ふりがな)</u> 氏 名 続柄 () 電話番号 () - | 勤務先名 電話番号 () - |
| 3 | <u>(ふりがな)</u> 氏 名 続柄 () 電話番号 () - | 勤務先名 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その都度お知らせください。

| 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 | | 予防接種 (未・済) |
| 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | 有 () 才 ・ 無 | | 予防接種 (未・済) |

裏もご記入ください。

