

学 科	科			ふりがな	
学 年	1年	2年	3年	氏 名	
番 号					
今までにかかったことのある病気やけがについて該当するものには○をつけ、そのときの年齢を記入してください。					
既 往 症	1. 麻疹(はしか)	(	オ)	11. 食物・薬物アレルギー	
	2. 水痘(みずぼうそう)	(	オ)	① 食物名(オ) *それぞれご記入ください	
	3. 風疹(3日ばしか)	(	オ)		
	4. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	(	オ)		
	5. ぜんそく	(	オ)		
	6. てんかん発作	(	オ)	② 医薬品名(オ) *それぞれご記入ください	
	7. 心臓病(病名: )	(	オ)		
	8. 腎臓病(病名: )	(	オ)		
	9. 肝臓病(病名: )	(	オ)		
	10. 骨折(部位: )	(	オ)	③ その他のアレルギー(オ)	
	12. その他の病気があれば記入してください。	(	オ)		
		(	オ)	エピペン®の処方 無 ・ 有	
※手術や入院歴 病 名: (療養期間 年 月～ 年 月) 現在の様子					
かかりつけの病院 (市町を記入ください)	内 科	(	)	整形外科	(
	外 科	(	)	科	(
現 在 の 健 康 状 態	現在治療中、または定期的に病院で診断を受けている病気や症状があれば記入してください。				
	医療機関名	治療中の病気(症状等)名		内服薬名	
連 絡 事 項	※健康上の問題で、家庭から学校へ知らせておいた方が良いと思われること、または相談事項等ありましたら遠慮なくご記入ください。なお、授業に配慮が必要な場合には、詳しく記入してください。				

※この調査票は、健康管理の参考資料として(秘)取り扱いをします。できる範囲で詳しく記入してください。

※記入について、科・番号については、新学年について記入してください。

※次のページの「現在の状態」について、新1年生は1年の欄に記入してください。

※お預かりした個人情報は、健康管理のために使います。
詳しくは、佐賀県のホームページのプライバシーポリシー及び行動プログラムをご参照ください。

