**令和６年度**　**保 健 調 査（佐賀市立城南中学校）**

この調査は、緊急時の対応に使用します。また、お子さまの健康状態を知り、健康診断の基礎資料にしたり学校での健康管理に役立てたりするものです。必ず保護者の方で、できるだけ正確に記入されますようお願いします。なお、調査票は上記以外に使用することはありません。

 **＊各項目とも〇印をつけるか、（ ）に該当する内容を書き入れてくださ**い。

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　 ふりがな**年 　組 号** 　　　**氏　名**　　　　 　　　 　　 　　　平成　 　年 　 月 　 日生 |
| **住所** |  佐賀市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**自宅固定****職場電話**  | **保険証の種類**国民保険社会保険そ の 他 |
| ＊国民保険＊社会保険＊そ の 他（　　　　　　　）　 |
| **緊急時の連絡先** | 1. 氏名　　　　　 （続柄　　　）　　　　　**℡**
 |
| 1. 氏名 （続柄 　 ）　　　　　**℡**
 |
| * + **緊急連絡先は、必ず連絡がつくところを順番に挙げてください。職場は名前もお願いします。**
 |
| **かかりつけの****病 　院 　名** |  内科　　　　 　　　　　  **℡** |
|  外科　　　　 　  **℡** |
| **既　往　歴** | １ 　  | 心臓病 （ 　）才 病名 （ ） 　　　現在管理中　病院名（ 　 　　　 　 ）　　　　　　現在放置 |
| ２ | 腎臓の病気（ 　　　　　 ）（　　）才 | 6 | 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）（ 　　）才 |
| ３ | 　麻疹（はしか）　　　 （　　　　　）才 | ７ | 　ひきつけ　　　 　　 （ 　 　）才 |
| ４ | 　風疹（三日はしか）　 （ ）才 | その他 | 脳脊髄液減少症　 ( 才） 病名（　　　　　　　　　） （ 　 　）才 |
| ５ | 　水痘（水ぼうそう） 　（ 　 　）才 |
| **アレルギー体質・副作用** | **該当することがあったら書いてください。** |
| １）ぜんそく （　　　　）才～　　 最後の発作は、平成( )年( )月頃服薬　：　　なし　 　　予防薬服用中　　 　その他（　　 　　　　 　 　　　） |
| ２）食物アレルギー 卵、　牛乳、　内服薬　有（　　　　　）・無　　エピペン有（　　　　本）･無 　　　　　　　　　原因食品（ 　　　　　　　　　　 ）症状（　　　　　　　　　　　） |
| ３）皮膚のアレルギー アトピー、 寒冷じんましん、 その他（　　　　　　　 　 　 ） |
| ４）シックスクール症候群・化学物質過敏症 （ 　　　　　 ） |
| ５）薬の副作用　　外用薬・内服薬・注射　など薬品名 （ 　　　 　 　　　 　 ） |
| **眼科** | **色の見え方で気になることがあれば書いてください　　（　　　　　　　　　　　　　）** | **耳鼻科** | **耳の聞こえが悪いことがあれば、○をつけてください****右　　　・　　　左** |
| ＊学校へ知らせておきたいことや配慮を必要とすることがありましたら、ご記入ください。 |

* **色の見え方で気になる生徒につきましては、眼科（色の見え方）欄に希望の有無をご記入ください。学校でのスクリーニング検査をいたします。**