**保　健　調　査　票　　　　　令和５年度　佐賀市立循誘小学校**

　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、該当する事項をご記入ください｡（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** | （ふりがな） |
| **生年月日** | （　　男　　・　　女　　）平成　　　年　　　月　　　日生　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | **保護者名** | （ふりがな） |
| **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 | （ふりがな）氏　　名　　　　　　　　　　続柄（　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　　－　　　 | 勤務先名電話番号（　　　　）　　　－ |
| ２ | （ふりがな）氏　　名　　　　　　　　　　続柄（　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　　－ | 勤務先名電話番号（　　　　）　　　－ |
| ３ | （ふりがな）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　　（病院名） | ・国民保険・社会保険・その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 整形外科（病院名） |
| 歯科　　（病院名） |
| 耳鼻科　（病院名） |
| 眼科　　（病院名） |
| その他　（病院名） |

**【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。***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 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｡ | 〇 | 項目 | 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｡ | 〇 |
| **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 |  |
| **平熱（　　　　　　　℃）** |  | 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　　　　　　　　　　　　　） |  |

|  |
| --- |
| 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 |
| 肝臓病（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 |
| ひきつけ、けいれん　　　　　　　　　　　　（　　）才 |
| 脳脊髄液減少症　　　　　　　　　　　　　　（　　）才 |
| その他（病名　　　　　　　　　　 　　 ）　（　　）才 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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。

**【アレルギー体質・副作用】**

**【既往歴】**

児童名（　　　　　　　　　　　）

**【体の様子】**