

秘 保健調査票

令和 5 年度 年 号

ふりがな		生年月日		出身中学校	
生徒名		平成 年 月 日生		中学校	
保護者名 (後見者名)		続柄		家族構成 父 母 祖父 祖母 兄弟姉妹(人)その他()	
住 所		(電話 - -)			
緊急 連絡先 ※2つ以上 記入	氏名(続柄)		職場名		連絡がつく電話(携帯も可)
	①	()			
	②	()			
	③	()			
かかりつけ医療機関		(電話 - -)			
健康の記録 …当てはまるものに○印、特にひどいものには◎印をつけてください。					
科	症 状		科	症 状	
内 科	ぜんそく発作が出る		眼 科	黒板の字が見えにくい	
	熱を出しやすい			めがねやコンタクトレンズを使用	
	頭痛を起しやすい			遠くを見るとき目を細める	
	腹痛を起しやすい			本を読むと目の疲れ、頭痛が出る	
	吐きやすい			眼がかゆい	
	下痢しやすい		色間違いをすることがある		
	便秘しやすい		耳 鼻 咽	聞こえが悪い	
	動悸や息切れがする			中耳炎になりやすい	
	立ちくらみを起しやすい		よく鼻水が出たり、鼻がつまる		
	湿疹やじんましんが出やすい		鼻血が出やすい		
急に体重が減った	1ヶ月()kg	喉 科	扁桃が腫れ、熱が出やすい	年 回位	
動かしにくい関節がある		普段から口をあけている(口呼吸)			
その他の症状		いびきをかくことが多い			
歯 科	歯肉から血がでやすい		皮 膚 科	肌がかゆいことがある	
	歯が痛むときがある			肌が荒れることがある	
	口が開きにくいときがある			発疹(ブツブツ)がでやすい	
	歯並びが気になる			かぶれ(炎症)をおこしやすい	
【女子のみ記入】	①月経周期：順調・不順 ②生理痛：無・有				
	③子宮頸がん(HPV)ワクチン接種はお済みですか？ はい(年 月済)・いいえ				
差し支えない範囲で ご回答ください	新型コロナウイルス感染症のワクチン接種はお済みですか？				
	0回・1回済・2回済・3回済・4回以上済・不明・その他				
その他(保健室に知らせておきたいこと、気になること、かかった病気やけがについて)					

*取得した個人情報は、目的外には使用しません