

秘保健調査票

令和 6 年度 年 号

ふりがな 生徒氏名		保護者名 (後見者名)		続柄		
住 所			家族構成		父 母 祖父 祖母 兄弟姉妹(人) その他()	
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	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	
	頭痛を起こしやすい				遠くを見るとき目を細める	
	腹痛を起こしやすい				本を読むと目の疲れ、頭痛が出る	
	吐きやすい			科	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	聞こえが悪い	
	動悸や息切れがする				中耳炎になりやすい	
	立ちくらみを起こしやすい			鼻	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	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	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			科	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・不明				
昨年度中に受けた予防接種があればご記入下さい		記入例)MRワクチン(R5,6月)				
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、学校生活管理・健康管理の目的外には使用しません