**令和　　　　　年度**　**保 健 調 査　票**

この調査票は、お子さんの健康状態を知り、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。お子さんの健康状態を正確にご記入ください。なお、この調査は適正に保管・取り扱いの上、年度末に処分致します。

**＊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** 　 女・男　　　**氏　名**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｈ　 　　　　年 　 　月 　　 日生 |
| **住所** |  佐賀市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＴＥＬ | **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 |
| **緊急連絡先****（優先順位）** | 1. 氏名　　　　　　　　　 （続柄　 　　）℡
 | 勤務先℡ |
| 1. 氏名　　　　　　　　　 （続柄　　 　）℡
 | 勤務先℡ |
| 1. 氏名　　　　　　　 　（続柄　　　 ）℡
 | 勤務先℡ |
| **※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。職場は名称もお願いします。** |
| かかりつけ病院名 |   |
| **既　往　歴** | １ | 心臓病 （ 　）才 病名 （ 　　 ）　・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 |
| ２ | 腎臓の病気（ 　　　　　　　　　　　　　 ）　（　　　　）才 | 6 | 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　（ ）才　**・予防接種　未・済** |
| ３ | 　麻疹（はしか）　　　　（　　 ）才　**・予防接種**　**未・済** | ７ |  |
| ４ | 　風疹（三日はしか）（ ）才　**・予防接種**　**未・済** | その他 |  けいれん（　　　　　　　）才どのような時に（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ５ | 　水痘（水ぼうそう） （ ）才　**・予防接種**　**未・済** | 脳脊髄液減少症（　　　　　）才 |
| **アレルギー体質・副作用** | **＊該当することがあれば、記入をお願いします。** |
| １）ぜんそく （　　　　　）才～　　 　　　 最後の発作は、平成・令和（　　　　）年（　　　　）月頃病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　）才**服薬→**　なし ・ 予防薬服用中　　　 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 　　） |
| ２）食物アレルギー 卵、牛乳、その他（ 　　　 　　） 　給食での対応**→**　**要・不要** |
| 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 （ 　　　 　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 　　　 　 ） |
| **内　科** | 1 | よく頭が痛くなる。 | **◎健康上、学校生活で注意する事項、連絡など****ありましたら、お書きください。****（現在服用している薬なども含む）** |
| 2 | よく腹痛を起こす。 |
| 3 | かぜをひきやすい。 |
| 4 | よく（　便秘 ・ 下痢　）をする。 |
| 5 | よくじんましんや湿疹が出る。 |
| **眼　科** | 6 | 色の見え方が気になる。 |
| 7 | 眼が赤くなったり、かゆくなったりする。 |
| 8 | テレビを近づいて見たり、目を細めて見たりする。 |
| **耳鼻科** | 9 | 耳の聞こえが悪い。　（　右　・　左　） |
| 10 | 鼻血がよく出る。 |
| １１ | 鼻がよくつまる。 |