**令和７年度**　**保 健 調 査** 　　　　　　佐賀市立巨勢小学校

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。この様式はﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞに載せています。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  **年 　組 号** 　女・男　**氏　名**　　　　　　　　　　平成　・　令和　 　　年 　 　月 　 　 日生 | | | | | | |
| **住所** | 佐賀市 | | | | | |
| **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。** | | | | | | |
| かかりつけの病院名 | | | 内科　　　　　　歯科　　　　　　　整形外科　　　　　　 その他 | | | |
| **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・１回・2回）** | |
| ３ | 麻疹（はしか）（　）才**・予防接種**(**未・1回・2回)**  **2** | | ７ | ひきつけ　　　 　　 （ 　　）才 | |
| ４ | 風疹（三日はしか）（ ）才**・予防接種**(**未・1回・2回)** | | その他 | 脳脊髄液減少症　 （ 　 ）才 | |
| ５ | 水痘（水ぼうそう）（ ）才**・予防接種**(**未・1回・2回)** | | 病名（　　　　　　　　　　）　（　　　　）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、令和( )年( )月頃　　服薬：有・無　 　予防薬服用中 | | | | | |
| ２）食物アレルギー 卵、　牛乳、　　その他（ 　　） | | | | | |
| 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 （ 　　　 　 ） | | | | | |
| ６）アレルギー性鼻炎　スギ花粉、ハウスダスト、他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| ７）アレルギー性結膜炎　スギ花粉、ハウスダスト、他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| **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、要望、**  **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 | よく（　便秘 ・ 下痢　）をする。 | | |
| 4 | よくじんましんや湿疹が出る。 | | |
| **眼　科** | **５** | **色の見え方が気になる。** | | |
| ６ | 眼が赤くなったり、かゆくなったりする。 | | |
| ７ | テレビを近づいて見たり、目を細めて見たりする。 | | |
| ８ | 眼鏡やコンタクトを使用している。 | | |
| **耳** | ９ | 耳の聞こえが悪い。　（　右　・　左　） | | |