**保 健 調 査** 　　　　　　　　　　　佐賀市立諸富南小学校

この調査は、お子様の健康状態を知り、保健管理や保健指導、緊急連絡などに使用するものです。　　　　　　　　　　　正確に記入してください。**※この調査票は6年間使います。修正は赤でお願いします。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １年　　　組　　　号 | ４年　　　組　　　号 |  | （男・女） |
| ２年　　　組　　　号 | ５年　　　組　　　号 |
| ３年　　　組　　　号 | ６年　　　組　　　号 | 生年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| **緊　急　連　絡　に　つ　い　て** | 自宅 | 住所：佐賀市　　　　　　町　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　　　　　　　　）※日中どなたか自宅にいらっしゃいますか？（いつもいる・時々いない・いない） |
| 保護者連絡先**（優先順）** | 保護者氏名 | 続柄 | 電話番号　※昼間連絡の取れる連絡先をご記入ください。 |
| 　① |  | 　 　　 －　　　　　－ 　 　　（自宅・携帯・勤め先） |
| 　② |  | －　　　　　－ 　 　　（自宅・携帯・勤め先） |
| 　③ |  | －　　　　　－ 　 　　（自宅・携帯・勤め先） |
| 　④ |  | －　　　　　－ 　 　　（自宅・携帯・勤め先） |
| かかりつけの医療機関名 | 医師名 | 電話番号 |
| 外科 |  |  |  |
| 内科 |  |  |  |
| その他 |  |  |  |
| 緊急に病院を受診することがあるかもしれません。差支えなければ、保険証の種類を教えてください。【国保・社保・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）】 |
|

|  |
| --- |
|  |

**該当する箇所に○をつけてください** | 感　染　症 | 内　　科 |
| １ | 麻疹（はしか）　　　　　　　　　　　　　　歳 | １ | けいれん（病名：　　　　　　　　　　　　　）　　　　歳 |
| ２ | 風疹（三日はしか）　　　　　　　　　　　　歳 | ２ | 川崎病　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳 |
| ３ | おたふくかぜ　　　　　　　　　　　　　　　歳 | ３ | 心臓病（病名：　　　　　　　　　　　　　　）　　　　歳 |
| ４ | 水痘（みずぼうそう）　　　　　　　　　　　歳 | ４ | 腎臓病（病名：　　　　　　　　　　　　　　）　　　　歳 |
| ５ | 結核　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳 | ５ | 肝臓病（病名：　　　　　　　　　　　　　　）　　　　歳 |
| ６ | その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳 | ６ | 胃腸病（病名：　　　　　　　　　　　　　　）　　　　歳 |
| 歯　　科 | ７ | 血液の病気（病名：　　　　　　　　　　　　）　　　　歳 |
| １ | 歯科矯正　　　　　　　　　　　　　　　　　歳 | ８ | 脳脊髄液減少症　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳 |
| ２ | その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳 | ９ | その他（病名：　　　　　　　　　　　　　　）　　　　歳 |
| 耳鼻科・眼科 | 外　　科 |
| （病名：　　　　　　　　　　　　　　）　　　　歳 |  | 大きな事故（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　歳 |
| その他 |  | 骨折（部位：　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　歳 |
| （病名：　　　　　　　　　　　　　　）　　　　歳 |  | 手術（部位：　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　歳 |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　歳 |
| **アレルギー等** | 食物 | 無・有 | 食品名：　　　　　　　　　　　　　　　症状の程度： |
| 薬物 | 無・有 | 食品名：　　　　　　　　　　　　　　　症状の程度： |
| その他 | 無・有 | ぜんそく・花粉症・アトピー・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・湿疹　　　　　　蕁麻疹・シックハウス（スクール）・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）原因が分かれば記入してください。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※　学校で使用不可の薬品等があれば、○をつけてください。飲み薬は与えていません。（　傷の消毒　・　湿布　・　かゆみ止め　・　ばんそうこう　・　その他　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **※予防接種状況（母子手帳を確認し、記入をしてください。）** |
| インフルエンザ菌B型（Hib） | 未 | １回目 | ２回目 | ３回目 | ４回目 | B型肝炎（HBV） | 未 | １回目 | ２回目 | ３回目 |
| 小児用肺炎球菌 | 未 | １回目 | ２回目 | ３回目 | ４回目 | 麻疹、風疹（MR） | 未 | １回目 | ２回目 |  |
| 四種混合 | 未 | １回目 | ２回目 | ３回目 | ４回目 | 水痘（水ぼうそう） | 未 | １回目 | ２回目 |  |
| 日本脳炎 | 未 | １回目 | ２回目 | ３回目 | ４回目 | 二種混合（DT） | 未 | １回目 |  |  |

**新学年の欄に、お子様の体の様子に該当する項目に○をつけ、ご記入ください。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 体の様子 | １年 | ２年 | ３年 | ４年 | ５年 | ６年 |
| 内　科 | 1 | よく、頭が痛くなる |  |  |  |  |  |  |
| 2 | よく、お腹が痛くなる（便秘・下痢をしやすい） |  |  |  |  |  |  |
| 3 | かぜをひきやすい |  |  |  |  |  |  |
| ４ | 運動の後で胸が痛むことがある |  |  |  |  |  |  |
| ５ | めまい・立ちくらみをおこす |  |  |  |  |  |  |
| ６ | 蕁麻疹や湿疹がよくでる |  |  |  |  |  |  |
| ７ | その他 |  |  |  |  |  |  |
| 眼　科 | 1 | テレビに近づいて見たり、物に顔を近づけて見たりする |  |  |  |  |  |  |
| ２ | 正面を向いたとき、目の位置がずれている |  |  |  |  |  |  |
| ３ | 目が赤くなり、目やにが出る |  |  |  |  |  |  |
| ４ | 色の見え方が気になる |  |  |  |  |  |  |
| ５ | 目がよくかゆくなる |  |  |  |  |  |  |
| 耳鼻咽喉科 | 1 | 耳の聞こえが悪い | 右左 | 右左 | 右左 | 右左 | 右左 | 右左 |
| 2 | 耳だれが出る | 右左 | 右左 | 右左 | 右左 | 右左 | 右左 |
| 3 | 中耳炎を起こしやすい | 右左 | 右左 | 右左 | 右左 | 右左 | 右左 |
| 4 | （鼻水・鼻血）がよく出る |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 鼻がよくつまる |  |  |  |  |  |  |
| ６ | 高熱が出て、のどが痛んだりはれたりする |  |  |  |  |  |  |
| 歯　科 | 1 | 歯がよく痛むことがある |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 歯ぐきから血が出ることがある |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 冷たいものや熱いものがしみる |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 口の中が荒れやすく、口内炎ができやすい |  |  |  |  |  |  |
| 生活習慣 | 1 | 就寝時刻 | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 2 | 起床時刻 | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 3 | 朝なかなか起きられず、午前中調子が悪い |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 夜、眠れないことがある |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 食欲がない |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 朝食を食べずに登校することが多い |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 偏食をする（好き嫌いがある） |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 1日のテレビとゲームの時間 | 時間 | 時間 | 時間 | 時間 | 時間 | 時間 |
|  | 平　熱 | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ |

**※健康上、学校生活で注意すること、要望、連絡しておきたいことがありましたらお書き下さい。**

**また、薬の服用や定期的病院受診等がある場合は、必ず,ご記入ください。**

**（例：定期的に病院受診（川崎病の経過の為）**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |