**令和７年度**　**保健調査票** 　　　　　　　　　　佐賀市立鍋島小学校

この調査はお子さまの健康状態を知り、学校での生活に役立てるものです。**毎年記入をお願いしています。**

**緊急連絡先は必ず連絡が取れるように勤務先も記入し、２か所以上書いてください。**

各項目とも○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**　　　　 　　　 　　 　平成　 　年 　 月 　 日生 |
| **住所** |  佐賀市鍋島　　　丁目　　　番　　　号　　　　　　　　町 　　　　 　　　　　 TEL  | **保険証****の種類** |
| **緊 急 連 絡 先** |  ①続柄（　　　） 氏名 | 勤務先　　　　　　　　 TEL携帯（　　　　　　　　　　　　　 　 　） | 国民保険社会保険そ の 他（　　　） |
|  ②続柄（　　　） 氏名  | 勤務先　　　　　　　　　TEL携帯（　　　　　　　　　　　　　 　） |
|  ③続柄（　　　） 氏名  | 勤務先　　　　　　　　　TEL携帯（　　　　　　　　　　　　　 　 　） |
| **かかりつけの病院** |  TEL | **平熱**　　　　　　　**℃** |
| **既　往　歴** | ・心臓や腎臓などの病気　 　病名 （ ）（　　　　　才） 　・現在管理中　病院名（ 　 　　　　　　　　　　　　）　 ・　管理なし・脳脊髄液減少症（低髄液圧症候群）（　　　　　才）　　現在管理中　・　管理なし |
| 麻しん（はしか） （　　　　才） | **予防接種　未　１回　２回** | 水痘（水ぼうそう）　（ 　 才） |
| 風しん（三日はしか）（ 才） | **予防接種　未　１回　２回** | ひきつけ　　 　 　 （　 　　 才） |
| 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　（　　　　　才） | （　　　　　　 　 　）（ 　　才） |
| **アレルギー体質・副作用** | **★ あてはまるものがあったら○をつけ、記入してください。** |
| １）ぜんそく （　　　　才）～　　 　　最後の発作は　（　　　　　）年（　　　　）月頃［現在の状況］・薬なし　・発作が出た時に薬を飲む　・予防薬服用中　・その他（　 　　　 ） |
| ２）食物アレルギー 卵・牛乳・その他（　　　　　　　　　　 ）アドレナリン自己注射薬　有・無 |
| ３）アトピー性皮膚炎　　　　　　　４）アレルギー性鼻炎　　　　　　５）アレルギー性結膜炎 |
| ６）シックスクール症候群・化学物質過敏症 （ 　　　　　 ） |
| ７）薬の副作用（外用薬・内服薬・注射　など）　薬品名 （ 　 　　　 　 ） |
| ８）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **内　科** | １ | よく頭が痛くなる。 | ◎ 学校へ知らせておいた方がよいと思われること、現在、通院中の病気などがあれば書いてください。 |
| ２ | よく腹痛を起こす。 |
| ３ | よく（　便秘 ・ 下痢　）をする。 |
| ４ | じんましんや湿疹がよくでる。 |
| **眼　科** | ５ | めがねを（　　　）年生から使用。コンタクトレンズを（　　　）年生から使用。 |
| ６ | 色覚（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。 |
| **耳鼻科** | ８ | 耳の聞こえが悪い。（ 右 ・ 左 ）　 |
| ９ | 鼻血がよく出る。 |
| 1０ | 鼻がよくつまる。 |

＊アレルギー疾患で学校での配慮が必要な方や、心臓病で現在管理中の方は「学校生活管理指導表」を

主治医に記入してもらい、提出してください。

＊この保健調査票は厳重に管理するとともに、目的以外には使用いたしません。