

秘 H31 保健調査

思斉館 中学部

この調査は、これから行われる健康診断や学校生活における健康管理をより一層充実させる為の資料となるものです。

※取得した個人情報、学校の教育活動以外には使用しません。

年 組 番 号	生徒氏名		保護者氏名		
生年月日	平成 年 月 日生				
住所	久保田町大字 (地区名) Tel				
緊急時の連絡先 (連絡が必要になった場合、1から順に連絡いたします)					
順位	続柄	氏 名	勤務先	電話番号 (携帯電話等)	
1					
2					
3					
かかりつけの医療機関					
かかりつけの病院		電話番号		かかりつけの病院	
電話番号		かかりつけの病院		電話番号	
内科		眼科			
整形外科		耳鼻科			
既往症 (かかったことがある)	①心臓疾患 歳	アレルギー関連 (具体的に記入ください)	※アレルギー等で医師に止められている食品・薬等ありましたら、具体的にご記入ください		
	病名		医師に、止められている食品	食品名	
	②腎臓疾患 歳		症状		
	病名		ぬり薬や飲み薬など	薬品名	
	③喘息 歳		症状		
	最近の発作(年 月頃)		その他	原因	
	服薬状況: 毎日・発作時・なし		症状		
	④シックハウス症候群 歳		その他	原因	
	⑤アトピー性皮膚炎 歳		症状		
	⑥その他 歳		その他	原因	
病名	症状				
⑦麻疹 歳					
⑧風疹 歳					
⑨水ぼうそう 歳					
⑩その他の伝染病 歳					
()					
<p>※健康上、学校生活で注意する事項・要望・連絡しておきたいことがありましたら、ご記入ください。</p> <p>※治療中の病気や気になること(耳の聞こえ方や色の見え方、手足の動き方等)があれば、お書きください。</p>					
予防接種状況		※母子手帳で確認して記入してください。			
MR(麻疹風疹混合)ワクチンの接種の有無(○で囲む)		2回済 ・ 1回済 ・ していない ・ わからない			

緊急時や保護者に連絡がとれない場合は学校に一任してもらってよろしいでしょうか

1. 学校にまかせる 2. いいえ