



保健調査票

この調査は、生徒の健康状態を知り、これから行われる健康診断の資料となり、学校での生活に役立てたりするものです。**保護者の方で記入して下さい。緊急連絡先は必ず連絡のつくところをご記入下さい。**
なお、この調査票は、学校での健康管理、保護者への緊急連絡以外に使用することはありません。

学年	1年	2年	3年	ふりがな	生年月日	平成	年	月	日	
組				氏名						
番号										
ふりがな				住所	佐賀市					
保護者氏名					TEL	—				
兄弟姉妹	【例】佐賀太郎（佐賀小2年）									
緊急連絡先	氏名	続柄			連絡先				優先順	
	1				勤務先	勤務先 TEL	—			
					携帯	— —				
	2				勤務先	勤務先 TEL	—			
				携帯	— —					
3				勤務先	勤務先 TEL	—				
				携帯	— —					
緊急時対応	1. 学校へ一任します 2. 下記の医療機関を希望します									
かかりつけ医療機関	整形外科 ()				TEL	—				
	内科 ()				TEL	—				
	その他 ()				TEL	—				
保険	国民保険 ・ 社会保険 ・ その他()									
今までにかかった病気										
現在治療中の病気	(服用薬)									
精密検査の有無	今までに次の検診で精密検査を受けたことがある人は記入して下さい。									
	心臓検診 才(小・中 年)時				腎臓検診(尿検査) 才(小・中 年)時					
	結果	・ 精密検査を受けたが異常なしだった ・ 現在管理中() (病院)				結果	・ 精密検査を受けたが異常なしだった ・ 現在管理中() (病院)			
アレルギー	アレルギー疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 薬品 【原因物】()								
	症状	(服用薬)								
麻しん	既往の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> かかった(才)								
	予防接種	<input type="checkbox"/> 接種済み <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 不明								
*学校へ知らせておいた方がよいと思われることがありましたら、ご記入ください。 *色の見え方に不安がある場合は、学校の方までご相談下さい。										
※3年間使用します。変更があれば、朱書きで訂正してください。							印	1年	2年	3年