

㊫ 保 健 調 査 票

この調査票は、お子さまの健康状態を知り、学校生活に役立てます。正確に記入してください。
この表による個人情報の取り扱いには注意し、目的以外には使用致しません。

*項目によっては、母子手帳によって確認し、記載してください。

(ふりがな) 年 組 号 氏名				生年月日	平成 年 月 日
保護者 氏名			住所	多久市 Tel	
緊急 連絡 先	順位	氏 名	続柄	連絡先（勤務先・携帯など連絡がとれるところ）	
	1				
	2				
	3				
かかりつけの 病院		Tel			
保険証の種類		国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 共済組合 ・ その他（ ）			
昼間、どなたか自宅にいますか いない ・ いる （ ）					
既 往 歴	はしか（麻疹） 才		三日ばしか（風疹） 才		おたふくかぜ 才
	川崎病 才		心臓病 才		リウマチ熱 才
	腎臓病 才		てんかん 才		肝臓病 才
	水ぼうそう（水痘） 才		その他疾病異常（ ）		
予防 接種歴	はしか（ 接種済 ・ 未接種 ・ 不明 ） 麻疹風疹混合ワクチン（ 第1期接種済 ・ 第2期接種済 ・ 未接種 ・ 不明 ）				
日 常 の 症 状 で お 尋 ね し ま す	耳の聞こえ		普通 ・ 聞こえにくい		
	眼鏡・コンタクトの使用		無 ・ 有（眼鏡・コンタクト） _____年生の頃から		
	目・鼻のアレルギー		無 ・ 有 目（ ） 鼻（ ）		
	皮膚の状態		無 ・ 有 アトピー ・ じんましん ・ その他（ ）		
	ぜんそく		無 ・ 有 ハウスダスト・花粉・ダニ・その他（ ） 最近の発作 _____年生 _____月頃 薬等は（常時服用・発作時のみ服用・定期健診）		
	薬品のアレルギー		無 ・ 有 （ ）		
	食物アレルギー		無 ・ 有 卵 ・ 牛乳 ・ その他（ ） 頻度は 食べると必ず・体調が悪いとき・その他 症状は（ ）		
	花粉症		無 ・ 有 花粉の種類（ ） 症状（ ）		
	その他のアレルギー		無 ・ 有 （ ）		
	ぜんそく、アトピー、食物アレルギー、アナフィラキシー等アレルギー疾患で学校での配慮が必要ですか		はい ・ いいえ はいの場合は、学校管理表が必要となります。後日配布しますので、主治医に記載してもらってください。管理表は有料になる場合もあります。		
	色覚		色の見え方で、気になることがありますか はい ・ いいえ		
上記以外に、学校生活を送る上で、健康面に注意を要することがあればお知らせください。 (例)メガネ使用で座席を考慮、鼻血が出やすい、心臓・肝臓・腎臓その他の病気で通院中のもの等					

