

# 保 健 調 査

鳥 栖 市 立 鳥 栖 小 学 校

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 20px; font-weight: bold;">秘</span> </div>	緊急連絡用	ふりがな	年 組 号				
		氏名	平成 年 月 日生				
住所	鳥 栖 市						
連絡先①	氏名	続柄	かかりつけの病院名				
	TEL	( )	内科( )				
	氏名	続柄	歯科( )				
連絡先②	TEL	( )	外科( )				
	氏名	続柄	その他( )				
連絡先③	TEL	( )					
★必ず記入してください(健康調査) いずれかに○をつけてください							
・心臓疾患 ( 無 ・ 有(病名: ) )		・てんかん ( 無 ・ 有 )					
・腎臓疾患 ( 無 ・ 有(病名: ) )		・湿布や絆創膏のアレルギー( 無 ・ 有 )					
・ぜん息 ( 無 ・ 有 )		・ラテックス(ゴム)アレルギー( 無 ・ 有 )					
・脳脊髄液減少症 ( 無 ・ 有 ) ※脳脊髄液減少症とは、脳や脊髄周辺から脳脊髄液が漏出することによって減少し、頭痛やめまいなどを引き起こす疾患です。							
・歯、目、耳、鼻などの病気 ( 無 ・ 有(病名: ) )							
・麻疹(はしか) 麻疹にかかったことがあるか ( 無 ・ 有(時期) )							
ワクチン接種歴							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">①第1期(1歳児)</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">( 接種済み ・ 未接種 )</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">②第2期(年長児)</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">( 接種済み ・ 未接種 )</td> </tr> </table>				①第1期(1歳児)	( 接種済み ・ 未接種 )	②第2期(年長児)	( 接種済み ・ 未接種 )
①第1期(1歳児)	( 接種済み ・ 未接種 )						
②第2期(年長児)	( 接種済み ・ 未接種 )						
・その他、健康面での連絡( )							
《保険証の種類》 国保          社保          その他( )							
★必ず記入してください(食物アレルギー) いずれかに○をつけてください							
・食物アレルギー ( 無 ・ 有(原因となる食べ物: ) )							
・アナフィラキシー反応 ( 無 ・ 有 )		・エピペン ( 無 ・ 有 )					
・家庭での対応 ( )							

\* 学校生活上の大切な資料です。正確なご記入をお願いします。

\* 連絡先が変更になったら、ご連絡をお願いします。