**保　健　調　査**　　　　　　　令和５年度入学・転入　　　　　　　佐賀市立若楠小学校

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学年 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ |
| 組 |  |  |  |  |  |  |
| 番号 |  |  |  |  |  |  |

　　この調査はお子さんの健康の保持増進をはかり、健康診断を的確かつ円滑に実施するために、健康状態等に関する調査を行うものです。また緊急時の連絡にも使いますので、ご協力をお願いします。

**記入していただいた個人の情報につきましては、学校教育の目的以外には使用いたしません。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  児童名 | | | |  | | |  | |  | |
| 男  　　　　　　　　　　　　　　　　　　女 | | |  | |
| 生年月日 | | | | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | |
| 住　所 | | | | 佐賀市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL  　　　　　　　　　　　　　　　　　　番地 | | | | | | |
| **緊急連絡先**　※必ず連絡がつくところを**順番に挙げてください**。 | | | | | | | | かかりつけの病院 | | 電　話 |
| 続柄 | | 氏　　　名 | | | 連絡先・電話（職場・電話） | | |
|  | |  | | |  | | | 内　科 |  |  |
|  | | | 外　科 |  |  |
|  | |  | | |  | | | 歯　科 |  |  |
|  | | | 眼　科 |  |  |
|  | |  | | |  | | | 耳鼻科 |  |  |
|  | | |  |  |  |
| 保険証 | | | 国保　　　社保　　　共済　　　その他（　　　　　）　　　なし | | | | | | | |
| 今までに受けた  予防接種 | | | ・四種混合DPT-IPV[ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ]　　　 未　・　済 | | | | | | | |
| ・ＭＲ【麻しん・風疹】　 　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　未　・　済 | | | | | | | |
| ・BCG接種　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 未　・　済 | | | | | | | |
| 健康上学校生活で注意すること、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。 | | | | | |  | | | | |
| **アレルギー体質・副作用** | **＊該当することがあれば、記入をお願いします。** | | | | | | | | | |
| １）ぜんそく （　　　　）才～　　 最後の発作は、( )年( )月頃  服薬　：　　なし　 　　予防薬服用中　　 　その他（　　 　　　　 　　） | | | | | | | | | |
| ２）**食物アレルギー** 卵、　牛乳、　その他（ 　　）  給食での対応　**要・不要** | | | | | | | | | |
| ３）皮膚のアレルギー アトピー、 寒冷じんましん、 その他（　　　　　　　 　 　 ） | | | | | | | | | |
| ４）シックスクール症候群・化学物質過敏症 （ 　　　　　 ） | | | | | | | | | |
| ５）薬の副作用　　外用薬・内服薬・注射　など  薬品名 （ 　　　 　 　　　 　 ）  **＊　毎年４月に保護者にお渡ししますので記入をお願いします。６年間使うものです。取り扱いはていねいにし、記入されたら至急担任へお渡しください。変更がありましたらお知らせください。** | | | | | | | | | |

**保　健　調　査**

**＊該当する項目に○をつけてください。特にひどいときは◎をつけます。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏　　名** | | | |  | | | | | | | |
| **既**  **往**  **症** | ・心臓病　　　（　　　　　才）　病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　現在管理中　病院名（ 　 　　　　　　　　 ）次回検査予定（　　　　年　　　月）  □　現在病院での管理なし  ・腎臓病（　　　　　　　　　　）（　　　　才）　・脳脊髄液減少症　（　　　　　　才）  ・ぜんそく（　　　　　才）　・ひきつけ（　　　　才）　・風疹（　　　　　才）  ・麻疹（　　　　才）　　　　・水痘（　　　　　才）　　・結核（　　　　才）  ・流行性耳下腺炎（　　　　　才）　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 右　の　よ　う　な　こ　と　が　あ　り　ま　す　か | 項　　　　　　目 | | | | １年 | ２年 | ３年 | ４年 | ５年 | ６年 | 自由記入欄 |
| **内　　　　　　科** | たびたび頭痛や腹痛を訴える | | |  |  |  |  |  |  | １年 |
| 息切れ、どうきがはげしい | | |  |  |  |  |  |  |
| いつも顔色がわるい | | |  |  |  |  |  |  |
| 立ちくらみがする | | |  |  |  |  |  |  |
| といわれる  アレルギー体質 | ぜんそく発作 | |  |  |  |  |  |  |
| アトピー性皮膚炎 | |  |  |  |  |  |  | ２年 |
| 食物アレルギー  （卵・牛乳・魚・貝・肉・その他） | |  |  |  |  |  |  |
| 薬物アレルギー　　　（薬名） | |  |  |  |  |  |  |
| 化学物質アレルギー | |  |  |  |  |  |  |
| その他（　　　　　　　　　） | |  |  |  |  |  |  | ３年 |
| 心臓検診結果  （病名・管理区分） | | |  |  |  |  |  |  |
| 腎臓検診結果  （病名・管理区分） | | |  |  |  |  |  |  |
| **外科** | 事故で頭を強く打ったことがある | | |  |  |  |  |  |  |
| その他 | | |  |  |  |  |  |  | ４年 |
| **耳　　鼻　　科** | アレルギー性鼻炎がある | | |  |  |  |  |  |  |
| 鼻血が出やすい | | |  |  |  |  |  |  |
| 扁桃炎をおこしやすい | | |  |  |  |  |  |  |
| 耳のきこえがわるい（右・左） | | |  |  |  |  |  |  | ５年 |
| 耳がときどきいたむ | | |  |  |  |  |  |  |
| その他 | | |  |  |  |  |  |  |
| **眼　　科** | 色の見え方が気になる | | |  |  |  |  |  |  |
| テレビを近づいて見たり、目を細めてみたりする | | |  |  |  |  |  |  | ６年 |
| ものを見る時まぶしい | | |  |  |  |  |  |  |
| メガネをかけている | | |  |  |  |  |  |  |
| その他 | | |  |  |  |  |  |  |