



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			ふりがな 保護者名		
	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	・四種混合 DPT-IPV【ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ】			未	済
受けた	・MR【麻しん・風疹】			未	済
予防接種	・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。取り扱いがていねいにし、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

氏 名										
既 往 症	・心臓病 () 才) 病名 () <input type="checkbox"/> 現在管理中 病院名 () 次回検査予定 (年 月) <input type="checkbox"/> 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								
		アレルギー 体質 とい われ る	ぜんそく発作							2年
			アトピー性皮膚炎							
			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	
	外 科	心臓検診結果 (病名・管理区分)							3年	
		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							4年	
		その他								
	耳 鼻 科	アレルギー性鼻炎がある							5年	
		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)								
		耳がときどきいたむ								
その他										
眼 科	色の見え方が気になる							6年		
	テレビを近づいて見たり、目を細めてみ たりする									
	ものを見る時まぶしい									
	メガネをかけている									
	その他									

*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。