

保健調査票



【 】 学校 [] 年度

保護者各位

この調査はお子さんの心身の健康状態について調べ、学校で行う健康診断の資料にするとともに、学校内での事故や急病時（緊急時）に適切な処置を行うための大切な資料です。それ以外の目的には一切使用いたしません。

年 組 番	ふりがな			性別	
	氏 名			男 ・ 女	
現住所	那覇市		生年月日		平熱
			平成 ・ 令和 年 月 日		℃
保護者名		続柄	自宅電話	職場名	
			携帯	電話	
本校在籍の 兄弟・姉妹	年 組	年 組	年 組	学童（小学校のみ）	
				学童名	学童TEL

緊急連絡先	1 番目の連絡先		2 番目の連絡先		3 番目の連絡先	
	ふりがな	続柄		続柄		続柄
	氏名					
電話番号	携 帯 職 場 名 職 場 自 宅	携 帯 職 場 名 職 場 自 宅	携 帯 職 場 名 職 場 自 宅	携 帯 職 場 名 職 場 自 宅	携 帯 職 場 名 職 場 自 宅	携 帯 職 場 名 職 場 自 宅

※電話番号に変更がありましたら、早めに学校までご連絡をお願いします。

1. かかりつけ医がある場合は下記欄にご記入ください。

内科：（病院名	）	眼 科：（病院名	）
外科：（病院名	）	その他：（病院名	）

2. 予防接種歴および罹患状況 親子手帳（母子手帳）を確認の上、ご記入ください。

予防接種歴について	接種	かかったことがある（○印）
日本脳炎	未・1回目・2回目・3回目・4回目	
3種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風）	未・1回目・2回目・3回目	
4種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ）	未・1回目・2回目・3回目・4回目	
MR（麻疹・風疹）	未・1期・2期	麻疹 ・ 風疹
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	未・1回目・2回目	
水痘（水ぼうそう）	未・1回目・2回目	

3. アレルギー 【 あり ・ なし 】※「あり」の場合は下記に記入してください。

診断名	発症年齢	現在の様子	エピペン
食物アレルギー【食材名：	才	治療中・定期受診・完治	ある・なし
薬品アレルギー【薬品名：	才	治療中・定期受診・完治	ある・なし
その他【	才	治療中・定期受診・完治	ある・なし
アナフィラキシーを起こしたことがある	才	原因【	ある・なし
アルコール等の消毒液で皮膚がかぶれたことがある			ある・なし

【表面・裏面の両方の記入をお願いします】

4. 今までにかかった病気（かかったことある病気のNoの欄に○印をつけてください。）

No	病名	現在のようす	発症年齢	服薬(現在)	
例	けいれん性の病気(熱性けいれん)	治療中・定期受診・ 完治 ・発症時受診	1	あり	なし
1	心臓病 ()	治療中・定期受診・完治・発症時受診		あり	なし
2	腎臓病 ()	治療中・定期受診・完治・発症時受診		あり	なし
3	糖尿病	治療中・定期受診・完治・発症時受診		あり	なし
4	川崎病	治療中・定期受診・完治・発症時受診		あり	なし
5	けいれん性の病気 ()	治療中・定期受診・完治・発症時受診		あり	なし
6	ぜんそく (最近の発作 才)	治療中・定期受診・完治・発症時受診		あり	なし
7	アトピー性皮膚炎	治療中・定期受診・完治・発症時受診		あり	なし
8	アレルギー性鼻炎	治療中・定期受診・完治・発症時受診		あり	なし
9	アレルギー性結膜炎	治療中・定期受診・完治・発症時受診		あり	なし
10	副鼻腔炎(ちくのう症)	治療中・定期受診・完治・発症時受診		あり	なし
11	中耳炎	治療中・定期受診・完治・発症時受診		あり	なし
12	手術 ()	治療中・定期受診・完治・発症時受診		あり	なし
13	その他 ()	治療中・定期受診・完治・発症時受診		あり	なし

5. 現在の健康状態について、あてはまるものに○をつけてください。

(現在治療中であれば、治療中の欄に○を記入してください。疾病名の記入でも可。)

症 状		あてはまるものに○印		治療中(病名)
内科	熱が出やすい	はい	いいえ	
	頭痛をおこしやすい	はい	いいえ	
	腹痛をおこしやすい	はい	いいえ	
	吐きやすい	はい	いいえ	
	下痢しやすい	はい	いいえ	
	便秘しやすい	はい	いいえ	
	からだがだるい つかれやすい	はい	いいえ	
	めまいや立ちくらみを起こしやすい	はい	いいえ	
	少し運動すると「どうき」や「息切れ」がする	はい	いいえ	
	1年以内にひきつけをおこした	はい	いいえ	
耳鼻科	くしゃみ、鼻水、鼻づまりが多い	はい	いいえ	
	いつも口を開けている	はい	いいえ	
	毎日いびきをかく	はい	いいえ	
	いびきをかき呼吸が止まることもある	はい	いいえ	
	いつも声がかれている	はい	いいえ	
	発音がおかしい	はい	いいえ	
	テレビのボリュームがとても大きい	はい	いいえ	
眼科	黒板など物が見えにくい、目を細めてみる	はい	いいえ	
	目線が内側や外側にずれることがある	はい	いいえ	
	目が充血しやすい	はい	いいえ	
	目に痛みやかゆみがある	はい	いいえ	
	目やにがでる	はい	いいえ	
	色を間違えることがある	はい	いいえ	
他	化学物質や、香りで体調がわるくなったことがある	はい	いいえ	
生理痛	(初経を迎えた女子児童生徒のみ回答) 生理痛がある	はいの場合 選択してください ⇒	いいえ	毎回・時々

年 組 番
氏名

6. 結核についての問診

あてはまるものに○を記入してください。

	質 問	回 答
①	過去2年間にお子様が、結核性の病気（肺浸潤、胸膜炎または肋膜炎、頸部リンパ節結核などにかかったことがありますか？	いいえ はい (年 月頃)
②	過去2年間にお子様が、結核の治療または結核の発病予防のためにお薬を飲んだことがありますか？	いいえ はい (年 月頃)
③	お子様の家族や同居人で、過去2年間に結核にかかった人がいますか？	いいえ はい (年 月頃)
④	お子様が、過去3年以内に通算して半年以上、外国に住んでいたことがありますか？	いいえ はい
④	「はい」の場合 それほどこの国ですか？	
⑤	現在お子様は、この2週間以上「せき」や「たん」及び「微熱」などの症状が続いていますか？	いいえ はい
⑤で「はい」と答えた場合	その「せき」や「たん」及び「微熱」で医療機関において、治療や検査を受けていますか？	いいえ はい
	お子様は、ぜんそく、ぜんそく性気管支炎などといわれたことがありますか。	いいえ はい
⑥	※小学校1年生の保護者の方、転入生の保護者の方のみお答えください。 お子様は、いままでにBCGの接種（スタンプ式の予防接種）を受けたことがありますか。	はい・いいえ 受けられなかった理由 【 】

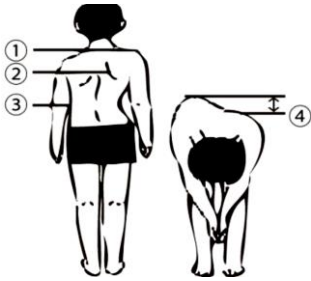
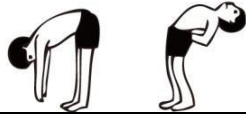
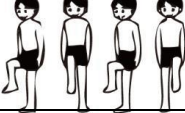
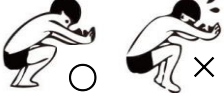
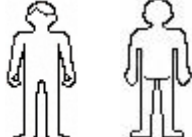
7. 健康面で学校に知らせておきたいことがございましたら記入してください。

【表面・裏面の両方の記入をお願いします】

8. 運動器検診についての問診

①～⑨の質問すべてにお答えください。

年 組 番
氏名

質 問		回 答	
①	現在取り組んでいるスポーツ(バレエ・ダンス等含む)がありますか？	いいえ はい ()	
②		①両肩の高さに左右差がありますか？	ない・ある
		②両肩甲骨の高さ、位置の左右差がある	ない・ある
		③両脇の線が左右非対称である	ない・ある
		④前かがみをした時の背面の高さに左右差がある (特に肋骨及び腰部)	ない・ある
③	身体をそらしたり曲げたりした時に腰に痛みがありますか？	 ない・ある 前屈・後屈 両方	
④	片脚立ち(左右交互に行う)をすると身体が傾いたりふらついたりしませんか？	 しない・する 右脚・左脚 両方	
⑤	足の裏を全部床につけて完全にしゃがめますか？ (この時、かかとを浮かせてはいけません)	 しゃがめる しゃがめない	
⑥	手のひらを上に向けて腕を伸ばした時、完全に伸びない、曲がらない(指が肩につかない)ことはありますか？	①左ひじ	異常なし 伸びない 曲がらない
		②右ひじ	異常なし 伸びない 曲がらない
⑦	両腕を上に乗すぐ伸ばした時に両腕が耳につきますか？	①左腕	つく・つかない
		②右腕	つく・つかない
⑧	身体はどこかに痛いところや気になるところはありませんか？ 骨・関節・筋肉などについて症状のある部位に○をつけてください。		
⑨	整形外科で治療経験(直近1年間)や現在治療中の部位はありますか？ 「ある」の場合は、部位・病名など分かる範囲でお答えください。	ない・ある 部位〔 〕 病名〔 〕	

9. 医師検診結果(※ここは学校側が記入します。)

内科検診の結果	運動器検診の結果	結核検診の結果
<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常なし	結核精密検査
所見①〔 〕	所見①〔 〕	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要
<input type="checkbox"/> 要受診 <input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 要受診 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> ストレッチのすすめ	後日受診
所見②〔 〕	所見②〔 〕	受診日：令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 要受診 <input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 要受診 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> ストレッチのすすめ	医師名： 印