

保健調査票



【 松島中 】 学校 [令和8] 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 | 携 帯 | 携 帯 | 携 帯 | 携 帯 | 携 帯 | 携 帯 |
| | 職 場 名 | 職 場 名 | 職 場 名 | 職 場 名 | 職 場 名 | 職 場 名 | 職 場 名 |
| | 職 場 | 職 場 | 職 場 | 職 場 | 職 場 | 職 場 | 職 場 |
| | 自 宅 | 自 宅 | 自 宅 | 自 宅 | 自 宅 | 自 宅 | 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・発症時受診・ 完治 | 1 | あり | なし |
| 1 | 心臓病() | 治療中・定期受診・発症時受診・完治 | | あり | なし |
| 2 | 腎臓病() | 治療中・定期受診・発症時受診・完治 | | あり | なし |
| 3 | 糖尿病 | 治療中・定期受診・発症時受診・完治 | | あり | なし |
| 4 | 川崎病 | 治療中・定期受診・発症時受診・完治 | | あり | なし |
| 5 | けいれん性の病気() | 治療中・定期受診・発症時受診・完治 | | あり | なし |
| 6 | ぜんそく(最近の発作 才) | 治療中・定期受診・発症時受診・完治 | | あり | なし |
| 7 | アトピー性皮膚炎 | 治療中・定期受診・発症時受診・完治 | | あり | なし |
| 8 | アレルギー性鼻炎 | 治療中・定期受診・発症時受診・完治 | | あり | なし |
| 9 | アレルギー性結膜炎 | 治療中・定期受診・発症時受診・完治 | | あり | なし |
| 10 | 副鼻腔炎(ちくのう症) | 治療中・定期受診・発症時受診・完治 | | あり | なし |
| 11 | 中耳炎 | 治療中・定期受診・発症時受診・完治 | | あり | なし |
| 12 | 手術() | 治療中・定期受診・発症時受診・完治 | | あり | なし |
| 13 | その他() | 治療中・定期受診・発症時受診・完治 | | 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。

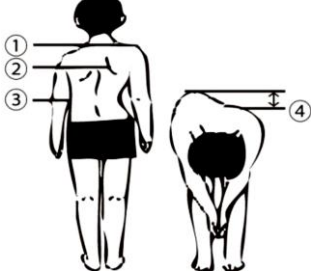
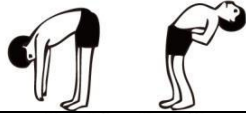
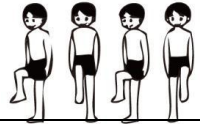

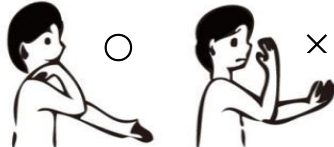
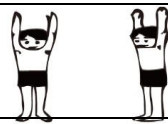
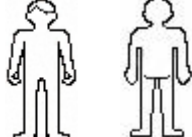
(現在治療中であれば、治療中の欄に○を記入してください。疾病名の記入でも可。)

| 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 はいの場合 選択してください ⇒ 毎回・時々 | いいえ | |

8. 運動器検診についての問診

①～⑩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 | 「漏斗胸(胸の形がへこんでいる)」や「はと胸(胸の上部や下部が極端に突出している)」等を指摘されたことはありますか？ | ない・ある | |
| ④ | 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 | |
| ⑤ | 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 | |
| ⑥ | 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 | |
| ⑦ | 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 |
| ⑧ | 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 |
| ⑨ | 身体の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。 |  | |
| ⑩ | 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 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 |
| 所見①〔 〕 | 所見①〔 〕 | |
| <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 |