

記入例

保健調査票

この保健調査票は、お子さんの心身の健康状態について調べ、健康診断の資料にするとともに、在学中の健康管理の参考とします。3年間使用しますので、1年目は黒字でご記入いただき、変更があった場合はそれぞれ2年目を赤字、3年目を青字でご記入ください。なお、こちらの情報は緊急時に救急隊や医療機関に提供させていただくことがあります。

ふりがな	みほ たろう	平 熱
氏名	美浦 太郎	36.5 ℃

1. これまでにかかったことのある疾患は、数字に○を付け、該当項

当てはまるものがない場合は記入不要です。

疾患名	定期受診	疾患名	定期受診
1 肝疾患(疾患名:)	有・無	5 眼疾患(疾患名:)	有・無
② 川崎病	有・ 無	6 副鼻腔炎	有・無
③ 脊柱側弯症	有 ・無	⑦ 中耳炎(疾患名: 滲出性中耳炎)	有 ・無
④ 水頭症 → シアント: 有 (右・ 左)・無	有 ・無	⑧ 難聴→ 右 ・左・両方 ○補聴器: 有 ・無 ○人工内耳: 有・ 無	有・ 無

2. 予防接種歴の有無について、○をご記入ください。また、かかったこと

【全員記入】必ずいずれかに○をつけてください。

疾患名・ワクチン名	予防接種の有無	かかったことがある
BCG	有 ・無・わからない	歳
二種混合(DT:ジフテリア・破傷風)	有・ 無 ・わからない	歳
三種混合(DPT:ジフテリア・百日咳・破傷風)	有・ 無 ・わからない	歳
ポリオ	有・ 無 ・わからない	歳
四種混合(DPT-IPV:ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)	有 ・無・わからない	歳
麻疹風疹(MR)	有 ・無・わからない	歳
日本脳炎	有 ・無・わからない	歳
水痘(水ぼうそう)	有 ・無・わからない	2歳
おたふくかぜ(ムンプス)	有・無・ わからない	5歳

3. 日常的に服薬しているお薬の有無について、○をご記入ください。

日常的な服薬	している ・していない
--------	--------------------

【全員記入】必ず記入をしてください。(月経の欄は女子のみ)

4. 身体面について、○または数字をご記入ください。

体温調節	できる・ うまくできない
月経(女子のみ)	有・ 無 有の場合 → 初経年齢: 歳 / 月経痛の有無: 有・無

5. 通学方法について、○または数字をご記入ください

通学方法	スクールバス ・自主通学・自力通学・送迎	バス(1)号車
------	-----------------------------	-----------

6. 障害・症候群・慢性疾患などについて、当てはまる項目をそれぞれご記入ください。

当てはまるものがない場合は
記入不要です。

心疾患	疾患名	かかりつけ医療機関・主治医	対応・搬送目安
	通院頻度	手術歴	搬送希望先
	心室中隔欠損症	〇〇病院	特になし
	半年に1回	有・無	〇〇病院

腎臓疾患	疾患名	かかりつけ医療機関・主治医	対応・搬送目安
	通院頻度	手術歴	搬送希望先
		有・無	

気管支ぜんそく	ぜんそく発作の頻度	かかりつけ医療機関・主治医	対応・搬送目安
	通院頻度	緊急時薬(吸入薬)の有無	搬送希望先
	半年に1回 秋に多い	〇〇クリニック	spO ₂ が93%以下の場合は 救急搬送
	半年に1回	有・無	近隣の受け入れ可能な病院へ

糖尿病	かかりつけ医療機関・主治医	型	低血糖用の糖分	対応・搬送目安
	通院頻度	服薬の有無	搬送希望先	
	〇〇病院	1型・2型	持参・不要	低血糖時は糖分を服用 意識消失した場合は救急搬送
	3か月に1回	無・内服薬・インスリン注射・グルカゴン点鼻粉末剤	近隣の受け入れ可能な病院へ	

てんかん	てんかん発作時の様子	かかりつけ医療機関・主治医	対応・搬送目安	
	発作の頻度	最終発作	搬送希望先	
	①身体が大きくピクつく ②黒目が上転し、手足が つっぱる	〇〇病院	①は様子を見る ②は5分以上継続した場合、救急 搬送	
	①は毎日 ②は1か月に1回 程度(就寝時が多い)	20×〇年10月14日	有・無 無・内服薬・坐薬・ブコラム®	〇〇病院

上記以外の障害・症候群・慢性疾患・染色体異常等の既往がある場合は、以下の欄をご記入ください。

1	診断名	かかりつけ医療機関・主治医	生活上の注意点など伝えておきたいこと
2	診断名	かかりつけ医療機関・主治医	生活上の注意点など伝えておきたいこと
3	診断名	かかりつけ医療機関・主治医	生活上の注意点など伝えておきたいこと
	ダウン症候群	〇〇病院	前転は禁止です。 詰め込んで食べる癖があるので、窒息に気をつけてください。
	広汎性発達障害	〇〇病院	特にありません。

7. アレルギー性疾患についてご記入ください。

【全員記入】必ず記入をしてください。

疾患名		ハチに刺された経験	<input checked="" type="radio"/> 有・無
花粉症	<input checked="" type="radio"/> 有・無	→『有』の場合	
アレルギー性鼻炎	<input checked="" type="radio"/> 有・無	刺された回数	2回
アレルギー性結膜炎	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	アナフィラキシー症状	<input checked="" type="radio"/> 有・無
アトピー性皮膚炎	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	エピペンの処方	<input checked="" type="radio"/> 有・無
薬物アレルギー (薬品名: ペニシリン系の薬)	<input checked="" type="radio"/> 有・無		

当てはまるものがない場合は記入不要です。

食物アレルギー	原因食品	発症年齢	症状	<input checked="" type="radio"/> 有・無
	小麦	1歳	じんましん・咳・呼吸苦	(医療機関名: □□クリニック)
	症状出現時の服薬	家での除去		給食での除去
	無・ <input checked="" type="radio"/> 内服薬・ <input checked="" type="radio"/> エピペン (薬品名: ザイザル錠 5mg)	<input checked="" type="radio"/> 除去している・除去していない		<input checked="" type="radio"/> 除去希望・除去不要

※学校で救急搬送が必要な症状が確認された際には、搬送可能な近隣の医療機関に搬送いたします。

8. 入院歴・手術歴・救急搬送歴について、ご記入ください。

※リハビリ入院、定期的な検査入院につきましては記入不要です。

当てはまるものがない場合は記入不要です。

時期	原因・内容
例: R5年8月頃	熱中症で救急搬送し、1日入院。/脊柱側湾症の手術。/左大腿部骨折でボルト固定の手術。
R1年5月(0歳)	心室中隔欠損症に対する手術実施。
R2年9月(1歳)	RSウイルスに感染して肺炎になり、1か月入院。
R4年8月(3歳)	滑り台から落下し、右腕を骨折。ボルトで固定する手術をして2週間入院。

9. お子さんの健康のこと(からだ、手・足など)で、心配なことや学校に知らせておきたいことがありましたら記入してください。

当てはまるものがない場合は記入不要です。

- ・車酔いしやすく、長時間乗っていると気持ちが悪いと訴えることがあります。
- ・鼻血が出やすく、1年前に粘膜を焼く処置をしていますが、なかなか止まらないときがあります。
- ・冬の時期になるとあかぎれになりやすいです。ハンカチでよく手を拭くように声掛けいただけるとありがたいです。

10.現在の健康状態について、あてはまるものがあれば、該当する学年の欄に○印
しないときは、該当する学年の一番下に(レ)を記入してください。

当てはまるところに○を
記入してください。
すべてあてはまらないときは
一番下に✓を入れてください。

		症 状	1 年		
内 科 一 般	1	顔色が悪いときがある			
	2	熱を出しやすい	○		
	3	かぜをひきやすく、なおりにくい	○		
	4	少し動くと息切れやゼイゼイしたりする			
	5	せきやたんが出ることもある			
	6	立ちくらみや乗り物酔いを起こしやすい	○		
	7	腹痛を訴えることが多い			
	8	下痢または便秘を起こしやすい	○		
	9	寝付きや目覚めが悪く、午前中調子が悪い			
	10	のどのかわきを訴え、水分をほしがる			
	11	食べ物の好き嫌いがはげしい	○		
	12	顔や手足がむくむことがある			
	13	じんましんや湿疹がでやすい	○		
	14	頭痛を訴えることが多い			
	15	体の動きが目立ってにぶくなってきた			
	16	口のまわりをなめたり、爪をかむことがある			
耳 鼻 科	17	鼻血を出しやすい	○		
	18	濃い鼻汁が出るが多い			
	19	くしゃみ・鼻水・鼻づまりを起こしやすい	○		
	20	のどがはれて熱を出すことが多い			
眼 科	21	眼が赤くなりやすい			
	22	めやにや涙が出るが多い			
	23	まばたきをしたり、目を細めることが多い			
	24	テレビを近くで見たがる			
整 形 外 科	25	関節(腰・膝等)が痛むときがある			
	26	腕・脚を動かすと痛みがある			
	27	背骨が曲がっている	○		
	28	腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがある			
歯 科	29	歯並びやかみ合わせが気になる			
	30	歯肉がはれやすく、血が出るが多い			
	31	時々、歯の痛みを訴える			
	32	冷たい水や甘いものがしみることもある			
上記にあてはまるものはない(レを記入する)					