

保健調査票

平成 30 年度改訂

第 学年 組 番

この調査票は、お子様の様々な健康管理をより効果的に行い、校内での事故や急病時に適切に対処するために大切な書類です。正確にご記入下さい。なお、この調査票は「個人情報保護法」及び「門真市個人情報保護条例」に基づき適切に取り扱います。

ふりがな		性別	生年月日	保護者氏名
氏名				
現住所	門真市		電話	

(1) 緊急連絡先【連絡してほしい順番に記入してください】

順	連絡してほしい人	続柄	電話番号	備考
①			職場・自宅	
			携帯	
②			職場・自宅	
			携帯	
③			職場・自宅	
			携帯	

※学校の電話番号を携帯電話に登録しておいてください。

(2) かかりつけの医師【あればご記入ください】

内科小児科医	電話	歯科	電話	その他	電話

通信欄【校医や担任に連絡しておく方がよいと思われることがあればご連絡下さい】

(3) 病歴【今までにかかった病気に○をつけ、治療経過などを詳しくご記入ください】

	病名	発病年齢	治癒年齢		病名	発病年齢	治癒年齢
1	心臓病	才	才	5	アトピー性皮膚炎	才	才
2	川崎病	才	才	6	てんかん	才	才
3	腎臓病	才	才	7	熱性けいれん	才	才
4	ぜんそく	才	才	8	結核	才	才
診断名、病院の名称、治癒後の経過や現在の様子など							
今までにかかったことのある感染症に○をつけてください。 ・麻疹（はしか） ・風疹（三日ばしか） ・流行性耳下腺炎（おたふく風邪） ・水痘（みずぼうそう） ・その他（ ）							
麻疹（はしか）の予防接種を受けたことがありますか。○をつけてください。 ・ 受けたことがある。 1回目（ 年 月） 2回目（ 年 月） ・ 受けたことがない。 ・ わからない。 母子手帳等を参考にご記入ください							

(4) 現在の健康状態に当てはまる項目番号に○をしてください

	項目	状態などをご記入下さい
1	現在、下記に該当する項目はありません。	
2	走ると、唇が紫色になる	
3	少し動くと、動悸や息切れがする	
4	つかれやすい	
5	ぜんそくがやすい	
6	二週間以上長びくせきやたんが出る	
7	一年以内にけいれんをおこした	
8	飲んだり注射をするとアレルギーが出る薬や医師からとめられている薬がある	薬品名
9	医師に禁止されている食べ物がある（※1）	食品名
10	アレルギー	アレルゲン（原因となるもの）

（※1）除去食等学校での対応が必要な場合は、別途書類の提出が必要です。