

# 保健調査票（高等学校）秘

この調査はお子様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とするとともに、在学中の健康管理の参考にするものです。

この内容が外部に漏れることはありませんので、正確に記入してください。

## 1 氏名、住所等

ふりがな	-----	住		学年	組	番号
生徒氏名				1年		
保護者氏名		所		2年		
出身中学校		電話		3年		

## 2 緊急時の連絡先

名称		電話番号	
名称		電話番号	

## 3 かかりつけの医療機関（定期的に受診している生徒は必ず記入してください。）

病院名		電話番号	
病院名		電話番号	

## 4 これまでにかかった病気等（該当する番号に○をつけ、必要事項を記入）

既往歴		疾患名	診断名	年齢	経過	備考
	1	心臓疾患		歳	治癒・加療中	
	2	川崎病		歳	治癒・加療中	
	3	腎臓疾患		歳	治癒・加療中	
	4	肝臓疾患		歳	治癒・加療中	
	5	胃腸疾患		歳	治癒・加療中	
	6	皮膚疾患		歳	治癒・加療中	
	7			歳	治癒・加療中	
アレルギー疾患		疾患名	経過	年齢	生活管理指導表	原因物質・食材
	1	気管支ぜん息	治癒・加療中	歳	有・無	
	2	アトピー性皮膚炎	治癒・加療中	歳	有・無	
	3	アレルギー性結膜炎	治癒・加療中	歳	有・無	
	4	アレルギー性鼻炎	治癒・加療中	歳	有・無	
	5	食物アレルギー	治癒・加療中	歳	有・無	
	6	アナフィラキシー	治癒・加療中	歳	有・無	
	7		治癒・加療中	歳	エピペン®の有無	有・無

5 麻しん（はしか）、風しんについて記入してください。

これまでに、麻しん及び風しんにかかったことがありますか。	麻しん（ ）才頃	いいえ
	風しん（ ）才頃	いいえ
麻しん及び風しんワクチンまたはMMRワクチンを接種しましたか。	1回目 年 月頃	いいえ
	2回目 年 月頃	

6 現在治療中または病院で経過観察を受けている病気やけが、その他学校に知らせておきたいことがあれば記入してください。特にない場合は「なし」と記入してください。

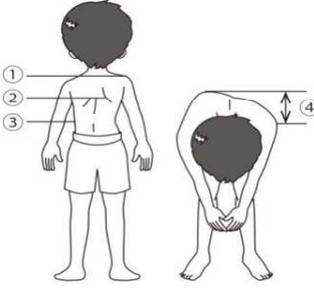
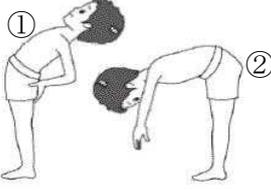
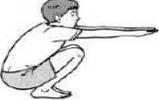
1年生	
2年生	
3年生	

7 最近の健康状態について、当てはまるものに○を記入してください。

		症 状	1年生	2年生	3年生
内 科	1	食欲がなく、体重が増えにくい			
	2	頭痛を起ししやすい			
	3	腹痛を起ししやすい			
	4	下痢、便秘になりやすい			
	5	動悸、めまい、息切れをすることがある			
	6	疲れやすく、元気のないことが多い			
	7	急に立つとめまいを起こすことがある			
	8	気を失って倒れたことがある			
	9	寝つきが悪かったり、朝早く目覚めてしまうことがある			
	10	朝になると体がだるく、学校に行くのがきつい			
	11	月経痛がある			
皮 膚 科	1	肌がかゆくなりやすい			
	2	肌があれやすい、かぶれやすい			
	3	身体や手足にブツブツができています			
	4	アトピー性皮膚炎がある			
耳 鼻 科	1	聞こえが悪い			
	2	発音で気になることがある、声がかれている			
	3	よく鼻水がでる			
	4	よく鼻がつまる			
	5	鼻血がでやすい			
	6	のどの腫れや痛みを伴う発熱が多い			
	7	普段口を開けている			
	8	いびきをかくことがある			
	9	アレルギー性鼻炎がある			
	10	現在治療中の病気がある			
眼 科	1	黒板の字が見えにくい、遠くを見るとき目を細める			
	2	色をまちがえることがある、色覚について気になることがある			
	3	頭を傾げる、上目づかい、顔の正面で見ない			
	4	左右の視線がずれることがある			
	5	本を読むと目が疲れたり、頭痛がしたりする			
	6	目がかゆくなる、目やにが出る、目が赤くなる			
	7	目がかわいたり、涙が出ることが多い			
	8	アレルギー性結膜炎がある			
歯 科	1	歯が痛んだり、しみたりする			
	2	あごの関節が痛んだり、音がしたりすることがある			
	3	かみにくい、飲み込みにくいと思うことがある			
	4	歯並びやかみ合わせが気になる			
	5	口のおいが気になる			
	6	歯ぐきから血が出ることもある			

# 運動器検診保健調査 生徒氏名

☆チェックに該当する場合は、学年の欄に○印をつけてください。

☆チェック		1年	2年	3年	
1 背中		背骨が曲がっている			
		① 両肩の高さに差がある			
		② 両肩甲骨の高さ・位置に差がある			
		③ 左右の脇線の曲がり方に差がある			
		④ 前屈した左右の背面の高さに差がある			
2 腰部		① 腰を反らしたら痛い			
		② 腰を曲げたら痛い			
3 上肢	腕を動かすと痛みがあったり、動かしづらかったりする	肩			
		肘			
		手・腕 (肘から指先まで)			
4 下肢	脚を動かすと痛みがあったり、動かしづらかったりする	股関節 (またの部分)			
		膝			
		足関節 (足首)			
		足 (膝から指先まで)			
5 下肢		片足立ちが5秒以上できない			
6 下肢		しゃがみこみができない (ふらつく, 後ろに転ぶ, しゃがむと痛みがある)			
現在, 整形外科等に通院中である (はいの場合は○印を)					
その他, 気になることがありましたら, お書きください。					
1年	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 (    か月程度) <input type="checkbox"/> 専門医受診を勧める				
2年	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 (    か月程度) <input type="checkbox"/> 専門医受診を勧める				
3年	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 (    か月程度) <input type="checkbox"/> 専門医受診を勧める				