

# 保健調査票（小学部・中学部）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。

学年	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
組									
番号									
保護者印	印	印	印	印	印	印	印	印	印

血液型
RH + -
( )型

## 1 児童生徒氏名・住所・電話番号等

ふりがな		性別	男	女	生年月日	年	月	日生	
児童生徒氏名		住所	(変更時)			電話番号	(変更時)		
保護者氏名									

## 2 緊急時連絡先

緊急時連絡先	保護者	1	氏名	続柄( )	電話番号	
		2	氏名	続柄( )	電話番号	
	保護者不在時	3	氏名	続柄( )	電話番号	
		4	氏名	続柄( )	電話番号	

## 3 かかりつけの医療機関

かかりつけの医療機関	内科系		電話番号	
	外科系		電話番号	
			電話番号	
			電話番号	

## 4 これまでに受けた予防接種と既往歴及び副作用歴について記入してください。

	未接種	接種有				感染有	副反応有	
		1回目	2回目	3回目	4回目			
1 日本脳炎		1回目	2回目	3回目	4回目			
2 3種混合(ジフテリア, 百日咳, 破傷風)		1回目	2回目	3回目	4回目			
3 4種混合(ジフテリア, 百日咳, 破傷風, ポリオ)		1回目	2回目	3回目	4回目			
4 麻しん (はしか)		1回目	2回目					
5 風しん (三日はしか)		1回目	2回目					
6 水痘 (水ぼうそう)		1回目	2回目					
7 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		1回目	2回目					
8 肺炎球菌性肺炎 (肺炎球菌ワクチン)		1回目	2回目	3回目	4回目			
9 インフルエンザ桿菌 (H I B)		1回目	2回目	3回目	4回目			
10 BCG		1回目	未接種の理由： ツベルクリン反応陽性( ), その他( )					
11 その他任意接種で受けたもの								

- ※ 未接種の場合は「未接種」に○を記入
- ※ 接種有りの場合は接種した回数すべてを○で囲む
- ※ 感染したことがある場合は「感染有」に○を記入
- ※ 予防接種の副反応があった場合は「副反応有」に○を記入

5 これまでにかかった病気等に○をつけ、かかった時の年齢と現在の状況を記入してください。

	初発の 年 齢	現在の状況(○印)			医療機関名	服薬の 有 無
		治療中	経過観察	治癒		
1 心臓病(病名 )	才					有・無
2 腎臓病(病名 )	才					有・無
3 ひきつけ, てんかん	才					有・無
4 アナフィラキシーショック(原因 :	発症年齢 :					才)
5 学校生活管理指導表等の 有無	心疾患用 有・無	心疾患用 有・無	アレルギー疾患用 有・無	糖尿病連絡票 有・無	川崎病調査表 有・無	

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。

小 学 部	1年生	
	2年生	
	3年生	
	4年生	
	5年生	
	6年生	
中 学 部	1年生	
	2年生	
	3年生	



