

健康調査票

船橋市立前原小学校

学年		
組		

この調査は、お子さんが健康で安全な学校生活を送るために、定期健康診断や日常の健康管理指導に役立てるものです。記入にあたっては、わかる範囲内で記入して下さい。

児童生徒氏名		男・女	生年月日	年	月	日
保護者氏名		現住所	船橋市			
家庭連絡	自宅電話					
	緊急連絡先(けがや急病のとき確実に連絡できる所)					
	優先順位① 氏名		(続柄:	) 電話		
	優先順位② 氏名		(続柄:	) 電話		
保険証	・有 国保 社保()・無 その他の適用()					
	かかりつけの医院等	内科(小児科) 医院名		電話		
外科(整形外科) 医院名		電話				

予防接種歴(母子健康手帳等を参考にして記入して下さい。項目や回数は年齢によって異なります。)						
BCG	受けた	[接種日	年	月	日	・ 受けていない ・ 不明
Hib (インフルエンザ菌b型)	受けた	[接種日	年 年 年 年	月 月 月 月	日 日 日 日	・ 受けていない ・ 不明
小児用肺炎球菌	受けた	[接種日	年 年 年 年	月 月 月 月	日 日 日 日	・ 受けていない ・ 不明
B型肝炎	受けた	[接種日	年 年 年	月 月 月	日 日 日	・ 受けていない ・ 不明
四種混合 ジフテリア・破傷風 百日咳・ポリオ	受けた	[接種日	年 年 年 年	月 月 月 月	日 日 日 日	・ 受けていない ・ 不明
二種混合 ジフテリア・破傷風	受けた	[接種日	年	月	日	・ 受けていない ・ 不明
日本脳炎	受けた	[接種日	年 年 年 年	月 月 月 月	日 日 日 日	・ 受けていない ・ 不明
MR(麻しん・風しん混合)	受けた	[接種日	年	月	日	・ 受けていない ・ 不明
水痘	受けた	[接種日	年	月	日	・ 受けていない ・ 不明
ヒトパピローマ ウイルス(HPV)	受けた	[接種日	年 年 年	月 月 月	日 日 日	・ 受けていない ・ 不明
その他						

既往歴(今までにかかった病気に○印を付け年齢を記入して下さい。)

麻疹(はしか)	歳	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	歳	心臓病	歳	ひきつけ けいれん	歳
水痘(みずぼうそう)	歳	百日咳	歳	腎臓病	歳	薬物・食物 アレルギー	歳
風しん(三日はしか)	歳	川崎病	歳	リウマチ熱	歳	喘息	歳
その他							

今まで手術を受けたことがあれば記入して下さい。

病名() 年齢()

病名() 年齢()

現在、病院(医院)で治療や定期検査を受けていることがあれば記入して下さい。

病名() 病院名() 年 月 日現在

現在の健康状態

下記の質問事項にあてはまる場合は、学年を記入し、○印を付けて下さい。

年	年	質 問 事 項
		医師に激しい運動を止められている(理由:)
		熱を出しやすい(どんな時:)
		頭痛を起こしやすい(どんな時:)
		立ちくらみ貧血を起こしやすい(どんな時:)
		アレルギー体質である(どんな時:)
		登校時になると心身の異常を訴えることがある
		月経痛等の症状がある(症状:)
		香りへの配慮が必要である(どんな時:)

その他、担任・養護教諭等に知らせておきたいことがありましたら記入して下さい。