

## 健康調査票

船橋市立

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ください。

児童氏名		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)					
	・父の勤務先					電話
	・母の勤務先(パート含む)					電話
	・親戚・近所の人・その他 ( )様					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

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

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

## 健康调查表

船桥市立

学校

学年		
組		

为了使孩子们能够健康而安全地度过学校生活，学校实施定期健康检查以及日常的健康管理指导。此调查是有助于学校定期健康检查以及管理指导的资料，请在您所知道的范围之内填写。

学生姓名		男 · 女	生年月日	年	月	日
家长姓名		住址	船橋市			
与家庭的联络	家里电话					
	紧急联络处（受伤或急病时能够确切地取得联系的地方）					
	父亲的工作单位			电话		
	母亲的工作单位（包括打临时工在内）			电话		
	亲戚 近邻 其他			电话		
保险证	有 国民保险 社会保险		无 其他			
主治医生	内科（小儿科）医院名			电话		
	外科（整形外科）医院名			电话		

既往病历（请在至今患过的病名上画○并将患病年龄填写在内。）					
麻疹	岁	风湿热	岁		
水痘	岁	痉挛、抽风	岁		
风疹	岁	肾脏病	岁		
流行性腮腺炎	岁	药品过敏	岁		
百日咳	岁	哮喘	岁		
川崎病	岁	其他			
心脏病	岁				
如果作过手术的话，请填写。					

病名( ) 年齡( )

病名( ) 年齡( )

現在，如果正在醫院進行治療或定期檢查的話，請填寫。

病名( ) 病院名( ) 年 月 日

現在

現在の健康状態		
あてはまる場合は、該当学年の欄に○印をつけて( )内に記入して下さい。		
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: )
		立ちくらみ貧血をおこしやすい(どんな時: )
		アレルギー体質ですか(どんな時: )
		背骨が曲がっているように思われる
		登校時になると心身の異常を訴えることがある
その他、担任や養護教諭・校医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。		

现在的健康情况

如有相当之处，请在所属年级的栏目中画○并填写( )内。

年	年	询问事项
		医生禁止激烈运动（理由：_____）
		容易发烧（怎样的时候：_____）
		容易头疼（怎样的时候：_____）
		站起时容易眩晕、贫血（怎样的时候：_____）
		是过敏性体质吗？（怎样的时候：_____）
		好像感觉脊梁骨弯曲。
		一到上学的时间就诉说身心的异常

其他，如有希望班主任及校医等事先了解的事情，请写在下面。