

# 2年生～ 記入例

黄色枠

以下  
は全員ご記入ください。

緑色枠

は該当者のみご記入ください。

令和 年度入学

## 秘 保健調査票

令和4年改訂版

### 保護者の方へ

この調査票はお子さまの心身の健康状態を知り、健康診断の基礎資料にして学校生活を送る上で健康管理に役立てるためのものです。

できるだけ正確にご記入ください。

なお、本調査票に関する個人情報につきましては適切に取り扱い管理いたします。

その他、お子さまの健康に関してご相談などがある場合は、担任・養護教諭にお申し出ください。

この用紙は6年間使用しますので、ていねいにお取り扱いください。

川崎市教育委員会

小学校			ふりがな	ながお よし		男
			氏名	長尾 よし		
			生年月日	2018年 5月15日生		
1年	組	番	4年	組	番	女
2年	組	番	5年	組	番	
3年	組	番	6年	組	番	

学校名	組	1年組	2年組	3年組	姓	ながお	よし	<input checked="" type="radio"/>
	番号				名	長尾	よし	<input type="radio"/>

治療中の疾病は発症年齢のみ記入し、治癒した場合には治癒した年齢も記入ください。

今までにかかった病気について、年齢等を記入してください。

既往歴	年齢	既往歴	年齢	既往歴	年齢
心臓病	才 ~ 才	気管支ぜん息	5才 ~ 才	斜視・弱視	通院中・治中
川崎病	2才 ~ 3才	けいれん	才 ~ 才	その他( )	
腎臓疾患	才 ~ 才	難聴	通院中・治中		

予防接種について、母子手帳等を見て確認し、該当するところに○をつけてください。

三種混合(DPT)・四種混合	<input checked="" type="checkbox"/> 1期(1・2・3回) 1期追加 / DT2期 / 受けていない	BCG	<input checked="" type="checkbox"/> 受け / 受けていない
MR(麻疹・風疹混合)	<input checked="" type="checkbox"/> (1期・2期) / 受けていない	水痘(水ぼうそう)	<input checked="" type="checkbox"/> 受け / 受けていない / かった
麻疹(はしか)	<input checked="" type="checkbox"/> (1期・2期) / 受けていない / かった	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	<input checked="" type="checkbox"/> 受け / 受けていない / かった
風疹	<input checked="" type="checkbox"/> (1期・2期) / 受けていない / かった	B型肝炎	<input checked="" type="checkbox"/> (1・2・3回) / 受けていない
日本脳炎	<input checked="" type="checkbox"/> 1期(1・2回) 1期追加 / 2期 / 受けていない	その他( )	

現在、身体のことで学校生活で知っておいてほしいこと(運動制限や体質等に関する注意など)をご記入ください。前年から変更の場合も記入ください。

1年( <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない )	2年( <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない )	3年( <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない )	4年( <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない )	5年( <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない )	6年( <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない )
--	--	---	---	---	---

風邪などの際にはぜん息発作を起こすことがあります。

昨年度と同様

変更がありましたら二重線を引き、余白に記入ください。

アレルギー	食品名( <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない )	ナッツ類	症状 のどのかゆみ	アナフィラキシーを起こしたことが( <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない )
	薬品名( <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない )	アセトアミノフェン系	症状 発疹	2023年4月記入
	その他( <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない )	花粉(スギ)・ダニ	症状 鼻水、目のかゆみ	エピソードの有無( <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない )
	アレルギーに関して学校で配慮することがあるか( <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない )			2023年4月記入

結核について、結核健康診断が正しく行われるために必要ですので、保護者の方が正確にご記入ください。該当するところに○印をつけてください。

項目		1年	2年	3年	4年	5年	6年
1	お子様は今までに結核性(肺浸潤・胸膜炎または肋膜炎、頸部リンパ節結核など)の病気にかかったことがありますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> はい 年 月 日	<input type="checkbox"/> はい 年 月 日	<input type="checkbox"/> はい 年 月 日	<input type="checkbox"/> はい 年 月 日	<input type="checkbox"/> はい 年 月 日
2	お子様は、今までに結核に感染を受けたとして予防の薬を飲んだことがありますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> はい 年 月 日	<input type="checkbox"/> はい 年 月 日	<input type="checkbox"/> はい 年 月 日	<input type="checkbox"/> はい 年 月 日	<input type="checkbox"/> はい 年 月 日
3	お子様が生まれてから家族や同居人で結核にかかった人がいますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> はい 年 月 日	<input type="checkbox"/> はい 年 月 日	<input type="checkbox"/> はい 年 月 日	<input type="checkbox"/> はい 年 月 日	<input type="checkbox"/> はい 年 月 日
4	※質問1・2・3 に1つ以上「はい」と答えた方へ 以前再調査票を提出したことがありますか		<input checked="" type="checkbox"/> はい( 年 月 日 ) 不明 <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい 不明 <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい 不明 <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい 不明 <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい 不明 <input type="checkbox"/> はい
5	2週間以上「せき」「たん」が続いていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい はい	<input checked="" type="checkbox"/> はい はい	<input type="checkbox"/> はい はい	<input type="checkbox"/> はい はい	<input type="checkbox"/> はい はい	<input type="checkbox"/> はい はい
質問5で「はい」と答えた方へ	5-1 医療機関を受診していますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい はい	<input checked="" type="checkbox"/> はい はい	<input type="checkbox"/> はい はい	<input type="checkbox"/> はい はい	<input type="checkbox"/> はい はい	<input type="checkbox"/> はい はい
	5-2 ぜん息・ぜん息性気管支炎と言われていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい はい	<input checked="" type="checkbox"/> はい はい	<input type="checkbox"/> はい はい	<input type="checkbox"/> はい はい	<input type="checkbox"/> はい はい	<input type="checkbox"/> はい はい
	5-3 3ヶ月以内にレントゲンを受けましたか	<input checked="" type="checkbox"/> 受け(異常なし) 受け(異常あり) 受けていない	<input checked="" type="checkbox"/> 受け(異常なし) 受け(異常あり) 受けていない	<input type="checkbox"/> 受け(異常なし) 受け(異常あり) 受けていない	<input type="checkbox"/> 受け(異常なし) 受け(異常あり) 受けていない	<input type="checkbox"/> 受け(異常なし) 受け(異常あり) 受けていない	<input type="checkbox"/> 受け(異常なし) 受け(異常あり) 受けていない
6	過去、3年以内に通算して半年以上日本以外の国に住んでいたことがありますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい はい	<input checked="" type="checkbox"/> はい はい	<input type="checkbox"/> はい はい	<input type="checkbox"/> はい はい	<input type="checkbox"/> はい はい	<input type="checkbox"/> はい はい
質問6で「はい」と答えた方へ	6-1 国名はどこですか	<input checked="" type="checkbox"/> 受け(異常なし) 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 受け(異常なし) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 受け(異常なし) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 受け(異常なし) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 受け(異常なし) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 受け(異常なし) 年 月 日
	6-2 入国後に日本でレントゲン検査をうけましたか	<input checked="" type="checkbox"/> 受け(異常あり) 年 月 日 受けていない	<input checked="" type="checkbox"/> 受け(異常あり) 年 月 日 受けていない	<input type="checkbox"/> 受け(異常あり) 年 月 日 受けていない	<input type="checkbox"/> 受け(異常あり) 年 月 日 受けていない	<input type="checkbox"/> 受け(異常あり) 年 月 日 受けていない	<input type="checkbox"/> 受け(異常あり) 年 月 日 受けていない
	質問6-2で「受け」と答えた方へ	6-3 精密検査は不要と言われましたか	<input checked="" type="checkbox"/> はい 不明 <input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> はい 不明 <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい 不明 <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい 不明 <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい 不明 <input type="checkbox"/> はい

全員該当学年の欄に○記入ください。

次の項目について、該当なしの場合は、必ず斜線を引いてください。(記入例: )

該当する項目には、学年の欄に○印または病名等を記入してください。

項 目		1年	2年	3年	4年	5年	6年
内科	1	今かかっている病気がある(病名を記入してください)	ぜん息	同様			
	2	最近元気がなくなるようにしている					
	3	この					
	4						
	5						
	6						
	7		○				
	8						
	9						
	10						
	11						
	12						
	13						
	14-①						
	14-②						
	14-③						
	14-④						
15							
16							
17							
14~17	① 上記の症状で整形外科等の医療機関を受診している場合は、医療機関名を の項目にご記入ください(受診していない場合は斜線を引いてください)						
○印をつ けた方へ	② 現在取り組んでいるスポーツがある場合は種目をご記入ください (バレー・ダンス等を含む) 取り組んでいない場合は斜線を引いてください						
眼科	1	今かかっている目の病気がある(病名を記入してください)	アレルギー性結膜炎	同様			
	2	目がゆくなる、目やにが出る、充血する					
	3	目が痛かったり、ごろごろする					
耳鼻咽喉科	耳	1	今かかっている耳・鼻・のどの病気がある(病名を記入してください)	アレルギー性鼻炎	同様		
		2	耳の痛み、つまる感じがある				
		3	耳だれがでる				
		4	耳がとおいと思う(聞き取りづらい)				
		5	耳あかがよくたまる				
	鼻	6	鼻血がよくでる				
		7	鼻汁がよくでる				
		8	いつも鼻がつまっている				
		9	においがわからない				
		10	いびきをかく				
	のど	11	のどが痛くなりやすい				
		12	いつも口をあけている				
		13	声がかれやすい				
		14	発音がおかしい、気になる				
歯科	1	現在歯科にかかっている					
	2	熱いもの、冷たいもの、甘いものが歯にしみる					
	3	歯ぐきが腫れたり、出血することがある					
	4	口の開け閉めの時、痛みがあったりカクカク音がする					
	5	歯ならびが気になる					
	6	口の臭いが気になる					

このページは  
健康診断に使用します。

すでに受診している場合は  
病名等をご記入ください。  
\*スペースが狭い場合は余白に  
記入してください。

「該当なし」には  
必ず斜線/を  
引いてください。

全員該当学年の欄にご記入ください。

その他 健康について校医に相談したいこと【 ない ・ ある 】 ※ある場合は、ご記入ください

( 年 月記入)