

記入例

* 注意事項部分をよくお読みいただき、記入例を参考にご記入ください。

* 内は、一度記入後、変更時のみ記入してください。

* 内は、毎年、学年ごとに必ず記入をしてください。

* すべての欄、項目について確認をお願いします。



志木市小中学校

保健調査票

この調査はお子様の健康状態について調べ、学校で行う健康診断の資料とし健康管理の参考にするものです。記載されている内容についてはそれ以外には使用しません。

小中学校9年間使用します。毎年1回、保護者の方に内容を確認していただきます。

毎年、正確に書き加えてください。なお、原則として小学校卒業時には校区の進学先の中学校に引き継ぎます。

学期途中で内容に変更がある場合は、その都度担任または養護教諭へお知らせください。

学校名	志木市立〇〇小学校						志木市立〇〇中学校		
学年	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
組	1								
番号	15								

ふりがな	しき ひふみ		性別			生年月日			
氏名	志木 一二三		性別	男・女		生年月日	平成	令和	〇年
出生時の体重	3210 g			生年月日	1月1日生				

1 今までにかかった病気				
病名	発症年齢	医療機関名	現在の状況・通院服薬状況	学校生活管理指導表 (医師の指示書)
心臓(川崎病含む) (川崎病)	3才	〇〇総合病院	治癒・服薬(有・無) / 運動制限あり 定期検査()か月ごと	有・無
腎臓 ()	才		治癒・服薬(有・無) / 運動制限あり 定期検査()か月ごと	有・無
てんかん けいれん	5才	〇〇大学病院	治癒・服薬(有・無) / 運動制限あり 定期検査(6)か月ごと	有・無
その他の病気 ()	才		治癒・服薬(有・無) / 運動制限あり 定期検査()か月ごと	有・無

学校生活管理指導表を既に提出済・提出予定の場合、有に○を記入。

上記の内容が変更になった場合等にご記入ください

持病や慢性疾患等を記入

2 予防接種と副作用、かかった病気

母子手帳等を参照、記入する

接種した場合は接種回数全てを○でかこむ。未接種や副作用ありの場合はそれぞれの欄に○をつける。

予防接種の種類	未接種	接種あり				副作用あり	感染の既往	
BCG	未接種	<input checked="" type="radio"/> 1回目	未接種理由					年 月
麻しん風しん混合(MR)	未接種	<input checked="" type="radio"/> 1回目	2回目				年 月	
麻しん 単独	<input checked="" type="radio"/> 未接種	1回目	2回目				年 月	
風しん 単独	<input checked="" type="radio"/> 未接種	1回目	2回目				年 月	
五種混合(四種混合+ヒブ)	未接種	<input checked="" type="radio"/> 1回目	<input checked="" type="radio"/> 2回目	<input checked="" type="radio"/> 3回目	<input checked="" type="radio"/> 4回目		年 月	
四種混合(百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ)	<input checked="" type="radio"/> 未接種	1回目	2回目	3回目	4回目		年 月	
二種混合(ジフテリア・破傷風)	<input checked="" type="radio"/> 未接種	1回目	2回目				年 月	
ロタウイルス(1価:ロタリックス/5価:ロタテック)	未接種	<input checked="" type="radio"/> 1回目	<input checked="" type="radio"/> 2回目	3回目			年 月	
B型肝炎	未接種	<input checked="" type="radio"/> 1回目	<input checked="" type="radio"/> 2回目	3回目			年 月	
小児用肺炎球菌	未接種	<input checked="" type="radio"/> 1回目	<input checked="" type="radio"/> 2回目	3回目	4回目		年 月	
ヒブ	未接種	<input checked="" type="radio"/> 1回目	<input checked="" type="radio"/> 2回目	<input checked="" type="radio"/> 3回目	<input checked="" type="radio"/> 4回目		年 月	
水痘	未接種	<input checked="" type="radio"/> 1回目	<input checked="" type="radio"/> 2回目				R4 年 10月	
日本脳炎	未接種	<input checked="" type="radio"/> 1回目	<input checked="" type="radio"/> 2回目	3回目	4回目		年 月	
流行性耳下腺炎	未接種	<input checked="" type="radio"/> 1回目	2回目				R3 年 2月	
HPV(サーバリックス/ガーダシル/シルガード)	<input checked="" type="radio"/> 未接種	1回目	2回目	3回目			年 月	
その他 任意で接種したもの								

3 アレルギー疾患

疾患名(該当を○で囲む)	原因	現在の状況等	学校生活管理指導表 (医師の指示書)
<input checked="" type="radio"/> 食物アレルギー	食品名: モモ キウイ 症状・緊急時の対処方法等: 蕁麻疹が出る。薬を飲み様子を見る。経過によっては受診する。	医療機関名: ○○○クリニック アナフィラキシー(有・ <input checked="" type="radio"/> 無) エピペン(有・ <input checked="" type="radio"/> 無) ネフィー(有・ <input checked="" type="radio"/> 無) 処方薬 (<input checked="" type="radio"/> 有・無)	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
アレルギー性鼻炎	症状・緊急時の対処方法等:	医療機関名: 処方薬 (有・無)	有・無
アレルギー性結膜炎	症状・緊急時の対処方法等:	医療機関名: 処方薬 (有・無)	有・無
<input checked="" type="radio"/> アトピー性皮膚炎	症状・緊急時の対処方法等: 目の周りやひざの裏のかさつき、赤み。ひどい時は軟膏を塗る。	医療機関名: ○○皮膚科医院 処方薬 (<input checked="" type="radio"/> 有・無)	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
薬品アレルギー	薬品名: 症状・緊急時の対処方法等:	医療機関名: アナフィラキシー(有・無) エピペン(有・無) ネフィー(有・無) 処方薬 (有・無)	有・無
ぜんそく	原因: 緊急時の対処方法等:	医療機関名: 処方薬 (有・無) その他 ()	有・無
その他 ()	原因: 症状・緊急時の対処方法等	医療機関名: アナフィラキシー(有・無) エピペン(有・無) ネフィー(有・無) 処方薬 (有・無)	有・無

上記の内容が変更になった場合等にご記入ください

4 結核健診に関する問診

下記の項目で、該当するものに○をつけ、必要事項の記入をしてください。

ふりがな	
氏名	

問診項目	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
①今までに結核性の病気 (肺浸潤、胸膜炎、ろくまく炎、頸部リンパ腺結核等) にかかったことがある	はい・ いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃
②今までに結核の予防薬を 飲んだことがある	はい・ いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃
③生まれてから家族や同居人 で結核にかかった人がいる	はい・ いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃
④過去3年以内に通算して 半年以上、外国に 住んでいたことがある	はい ・いいえ R2 年 1 月 ~ R5 年 2 月 頃	はい・いいえ 年 月 ~ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 ~ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 ~ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 ~ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 ~ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 ~ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 ~ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 ~ 年 月 頃
④-1 ④で「はい」の人は、 その国名を記入	(カナダ)	()	()	()	()	()	()	()	()
④-2 ④で「はい」の人は、 日本へ来日後(帰国後)レントゲン等の 精密検査はうけましたか?	はい ・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃	はい・いいえ 年 月 頃
⑤2週間以上 「せき」や「たん」が続いている	はい・ いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
⑤-1 医療機関を受診している	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
⑤で「はい」 の人のみ 答える ぜんそく、ぜんそく性 気管支炎等といわれている	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
備考									

毎学年、全ての項目について
確認し記入する

5 身体と心の様子について

以下の点について、学校に知らせておきたいことがある場合は、記入してください。
特にない場合、「なし」に○をつけてください。

- 身体と心に関する健康や発育発達のこと、健康面で配慮が必要なこと
- 現在治療中(服薬中・処置中)や経過観察中の病気やけがについて

小1		なし
小2		なし
小3		なし
小4		なし
小5		なし
小6		なし
中1		なし
中2		なし
中3		なし

6 現在の健康状態・生活習慣について

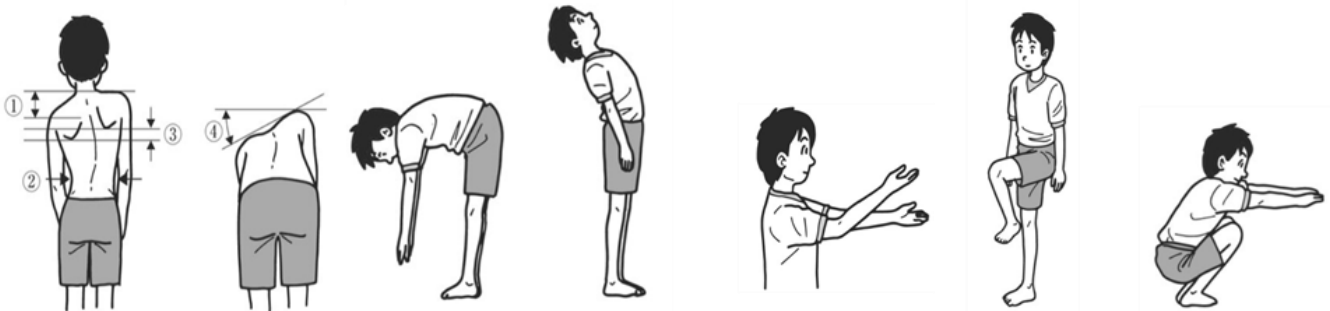
下記の項目であてはまるものがあれば○を記入してください。

ふりがな

氏名

症 状		小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
耳鼻科	1 耳の聞こえが悪い									
	2 発音で気になることがある									
	3 よく鼻水がでる・よく鼻がつまる	○								
	4 鼻血がやすい	○								
	5 のどの腫れや痛みを伴う発熱が多い									
	6 中耳炎を繰り返しやすい									
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 色によって見分けにくいことがある									
	3 左右の視線がずれることがある									
	4 目がかゆくなる、目やにが出る、目が赤くなる									
	5 メガネ、コンタクトレンズを使用している	○								
歯科	1 あごを動かすときに、あごに痛みがある									
	2 あごを動かすときに、コキコキというような音がする									
	3 歯並びやかみ合わせが気になる(矯正中である)									
	4 歯をみがいたときに、歯肉から血が出る									
皮膚科・ 内科	1 下痢しやすい									
	2 便秘しやすい									
	3 胃痛、腹痛を起こしやすい									
	4 頭痛を起こしやすい									
	5 ふだん息切れや、どうきがしやすい									
	6 めまい、立ちくらみを起こしやすい									
	7 皮膚がかぶれたり、湿疹、じんましんがよくできる	○								
	8 (女子のみ)月経に伴う諸症状を起こしやすい									
(下図参照)	1 背骨が曲がっている(下図①)									
	2 腰を曲げたり反らしたりすると痛みがある(下図②③)									
	3 腕、脚を動かすと痛みがある									
	4 腕、脚に動きの悪いところがある(下図④)									
	5 片脚立ちが5秒以上できない(下図⑤)									
	6 足の裏を全部床につけて、しゃがみこみができない(下図⑥)									
	7 質問1~6のいずれかが「○」で、医療機関を受診している									

整形外科項目は、下図を参考に、お子さまと一緒に確認の上、該当があれば○を記入



①4つのチェックポイント

1. 肩の高さ
2. ウエストライン(脇線)
3. 肩甲骨の位置
4. 肋骨隆起

② 屈曲時の痛み ③ 伸展時の痛み

④ 両腕を伸ばすと、片方だけまっすぐ伸びない。

⑤ 片脚立ちするとふらつく。(左右ともにチェック)

⑥ しゃがみこむと、後ろに転ぶ。しゃがむと、痛みがある。