

☆保健調査票記入例☆

記入例に沿ってご記入ください。

秘



保 健 調 査 票

この保健調査票は、児童の健康状態を知り、健康診断の基礎資料としたり、保健指導や健康管理に役立てたりするものです。

本調査票は、卒業時まで使用します。毎年、年度当初にご記入または加筆、訂正していただき、確認印またはサインの上、学校にご提出ください。

学校では保管に十分留意し、卒業時に返却いたします。

フリガナ	フジ ミノ	性別	生 年 月 日
氏 名	藤 美野	男 ⊙ 女	平成 ○年 4 月 10日

年 度	○○					
学 年	1	・1年生…クラスと番号は、記入しないでください。 ・2年生以上…クラスと番号を記入してください。				
学 級						
出席番号						

学 校 名 ふじみ野市立○○小学校

A 就学前の健康状態

① 生育歴

1 分娩 (普通) その他 ()	4 歩きはじめ 1年 2ヶ月頃
2 生まれた時の体重 (2800)グラム	5 話しはじめ 1年 6ヶ月頃
3 発育栄養状態 良 (普通) ・不良	6 股関節脱臼 (無) ・有
7 健診等で発育・発達について何か言われたことはありますか ()	
8 先天性の機能障害 (無) ・有 ()	

大切

② 今までにかかった病気やけが(毎年見直して、書き足しをしてください。)

1 結核 (歳)	現在は、全治(歳)・経過観察中・治療中
2 川崎病 (歳)	現在は、全治(歳)・経過観察中・治療中
3 中耳炎 (3歳)	現在は、全治(歳) (経過観察中) 治療中
4 心臓疾患 (病名) (歳)	現在は、全治(歳)・経過観察中・治療中
5 腎臓疾患 (病名) (歳)	現在は、全治(歳)・経過観察中・治療中
6 てんかん (歳)	現在は、全治(歳)・経過観察中・治療中
7 けいれん・ひきつけ (2歳)	現在は、全治(歳) (経過観察中) 治療中
8 大きなけが (傷病名) (歳)	
9 手術・入院など(傷病名) (歳)	
10 その他の病気 (傷病名) (歳)	

③ 予防接種●接種済のものを○で囲んでください。(母子手帳参照)

種類	接種状況				未接種	不明	かかった
1 BCG	接種済み						
2 ポリオ(生・不活化)	1回目		2回目				
3 麻しん風しん混合(MR)	1回目(○年 4月)		2回目(○年 5月)				
4 日本脳炎	1回	2回	第Ⅰ期追加	第Ⅱ期			
5 三種混合(ジ・百・破)	第Ⅰ期初回			第Ⅰ期追加			
四種混合(ジ・百・破・不活)	1回	2回	3回	第Ⅱ期			
6 Hib	1回	2回	3回	4回	※		
7 肺炎球菌	1回		2回		3回		
8 水痘(水ぼうそう)	接種済み						○
9 流行性耳下腺炎	接種済み						

B アレルギー疾患について

アレルギー疾患の主な原因について、()に医師の診断に基づくものを記入してください。

現学年の該当項目に○印をつけた場合は、太枠中の必要・不要にも記入してください。

	1年	2年	3年	4年	5年	6年
1 食物 (卵)	○					
2 ぜんそく (ほこり)	○					
3 アトピー性皮膚炎 ()						
4 その他 (スギ花粉)	○					
蜂、薬、動物など ()						
5 アナフィラキシーの有無	有・(無)					
6 エピペンの処方の有無	有・(無)	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

アレルギー疾患の欄に○をした場合には、5・6の欄の有・無のどちらかに○をつけてください。

学校での配慮や管理が必要な方は「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」※の提出をお願いします。
※医師が記入するため有料になります。また、毎年見直しが必要です。

アレルギー疾患に関する学校での配慮や管理について、必要・不要 どちらかに○をつける	必要 (不要)	必要 不要	必要 不要	必要 不要	必要 不要	必要 不要
---	---------	-------	-------	-------	-------	-------

※アレルギー疾患について相談や連絡などがありましたら記入してください。

アレルギー疾患の欄に○をした場合には、太枠中の必要・不要にも必ず○を記入してください。
毎年必ず確認し、記入をお願いします。

C 現在の健康状態について

氏名 藤 美野

※1年間の様子で該当する項目に

必ず記入してください。

す。

		1年	2年	3年	4年	5年	6年
一般	1 平熱 (例 36.3)度	36.2
	2 平均睡眠時間 (例 9.5)時間	9.5					
	3 たびたび頭痛を訴える						
	4 たびたび腹痛を訴える						
	5 便秘しやすい						
	6 偏食をする						
	7 乗り物に酔いやすい	○					
	8 気持ちがイライラする						
	9 運動器に関して裏面の5項目に当てはまることがある	○					
眼科	1 めやにがでたり、充血することがある						
	2 物を見る時、顔を近づけたり目を細めて見						
	3 色の判別がしにくい						
耳鼻科	1 耳の聞こえが悪い	右・左	右・左	右・左	右・左	右・左	右・左
	2 慢性的に鼻汁が出る						
	3 鼻血が出やすい	○					
	4 言葉がはっきりしない						
	5 扁桃腺が腫れやすい						
歯科	1 治療していないむし歯がある						
	2 歯ぐきが腫れたり出血しやすい						
	3 歯並び(歯列)・かみ合わせが悪い	○					
	4 口を大きく開けにくいことやあごの関節に異常な音や痛みを感じる						
	5 爪かみ・指しゃぶりのくせがある						

必ず記入してください。

裏面の表に○を付けた場合は、○をしてください。

確認印、またはサインを記入してください→

藤

必ず印かサインを記入してください。

◎ふだんの健康状態・病気などについて、相談や連絡したいことがありましたら記入してください。

1年	季節の変わり目にぜんそくの症状が出やすい。携帯用の吸入器をもって自分で対処できます。使用する時には、先生に伝えるよう話してあります。
2年	何もない場合は空欄
3年	
4年	年度途中でも、アレルギー疾患や体調に変化があった場合は、その都度ご連絡ください。
5年	
6年	

※女子の月経に伴う諸症状について伝達事項がある場合も、上記の欄にご記入ください。

保護者の方へ

必ず記入してください。

氏名 藤 美野

D イラストを見ながら動作の確認を行い、以下の項目についてあてはまるものだけに○をしてください。

		1年	2年	3年	4年	5年	6年
1. 背骨が曲がっていませんか							
	①後ろから見ると肩の高さが違う	○					
	②後ろから見ると肩甲骨の高さが違う						
	③後ろから見るとウエストラインが違う						
	④おじぎをすると背中の中の出っ張りが左右で違う						
2. 体を反らしたり曲げたりすると腰に痛みが出ませんか							
	①おじぎをしたり、かがんだりしたときに腰が痛い						
	②反らしたときに腰が痛い						
3. 腕や足に痛みのあるところはありませんか							
	①膝を曲げると痛みがある						
	②バンザイをしたとき、両腕が耳につかない						
4. 腕や足に動きの悪いところはありませんか							
	①腕を伸ばすと、片方だけまっすぐ伸びない（最後まで曲げられない）ことがある						
	②膝を曲げ伸ばして、うまく曲げられないことやまっすぐ伸びないことがある						
5. 立ち方や歩き方がぎこちなくありませんか							
	①片足立ちすると体や骨盤が傾く						
	②片足立ちするとふらつく	○					
	③足の裏を全部床につけて完全にしゃがめない	○					
6. 上記のことで、通院中である							

該当する項目がない場合は空欄

毎年必ず項目ごとに、動作の確認を行ってください。