

# 保健調査票 記入の仕方

**\* ボールペンで**  
ご記入ください。

**\* 調査票の色は**  
男子: **クリーム色**  
女子: **わかくさ色**  
です。

この調査はお子様の心身の健康状態について調べ、学校で行う健康診断の資料にすると健康管理の参考にするものです。他人に漏れることはありませんので、正確に記入してください。

学校名	〇〇小学校						鯖江市中央中学校		
学年	小1	2	3	4	5	6	中1	2	3
組									
番号	<b>ふりがなをご記入ください。</b>								

ふりがな			性別	生年月日	
氏名			男 ・ 女	平成	年 月 日生

自宅及び緊急時の連絡先 (日中連絡が取れる電話番号を記入してください。)

読みにくい・間違い  
やすい漢字の場合  
ふりがなをご記入  
ください。

**緊急時に連絡をとることが  
可能な保護者等の連絡先を  
記入してください。**

**できるだけ、勤務先の電話  
番号もご記入ください。**

保護者 氏名	〇〇 〇子		母	鯖江〇〇株式会社	自宅電話 (携帯) 〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	〇〇 〇夫		父	福井〇〇産業	0778-〇〇-〇〇〇〇
〇〇 〇美		祖母	〇〇〇〇店	0778-〇〇-〇〇〇〇	
〇〇 〇美		祖母	自宅	0778-〇〇-〇〇〇〇	
変更					
変更					
緊急の時、搬送を希望する 医療機関	内科	〇〇病院		眼科	
※記入がない場合は学校一任とさせていただきます。	外科	〇〇病院		耳鼻咽喉科	
	歯科	〇〇歯科医院			

**前年度の内容に変更がある場合は、  
変更前の情報を消し、「変更」の欄に  
記入してください。**

# 保健調査票 記入の仕方（見開き面）

氏名 \_\_\_\_\_

【1】 これまでにかかった病気等について、現在の状況を記入してください

学校生活で特に管理や配慮が必要な場合、ご提出をお願いしています。

	初発の年齢	現在の状況			学校生活管理指導表(○印)				
		治療中	経過観察	治癒	有	無	有	無	
心臓病(病名 (例)心室中隔欠損)	0才		○	才	○○病院		○	○	
腎臓病(病名 (例)急性糸球体腎炎)	5才			6才	○○病院				
ひきつけ( )・てんかん( ○ )	3才	○		才	○○病院	○			
その他の重い病気や大きなけが、手術等	【例】川崎病(5才)、治癒 右大腿部骨折(4才)								

【2】 予防接種歴と既往歴と副作用歴について、あてはまるものに○をつけ、必要事項を記入してください。

予防接種歴と既往歴と副作用歴	未接種	接種有	感染有	副反応有	
百日咳・破傷風		①回目・②回目・③回目・4回目			<ul style="list-style-type: none"> <li>・未接種の場合は未接種に○を記入</li> <li>・接種有の場合は接種した回数すべてを○で囲む</li> <li>・感染したことがある場合は感染有に○を記入</li> <li>・予防接種の副反応がある場合は、副反応有に○を記入</li> </ul>
百日咳・破傷風・ポリオ		①回目・②回目・③回目・④回目			
破傷風		1回目			
百日咳・破傷風・ポリオ・破傷風		①回目・②回目・3回目・4回目			
麻疹(はしか) ※MRを含む		①回目・2回目			
風疹(三日はしか) ※MRを含む		①回目・2回目			
水痘(水ぼうそう)	○	1回目・2回目			
ヒブ(Hib)	○	1回目・2回目・3回目・4回目			
小児肺炎球菌		①回目・2回目・3回目・4回目			
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	○	1回目・2回目	○		
BCG		①回目 未接種の理由:			
その他の予防接種等 (季節性インフルエンザを除く)	【例】B型肝炎				

【必須！】必ずご記入ください。

未接種の場合、未接種の欄に○を記入してください。

疾患にかかったことのある場合、○印をご記入ください。

【3】 アレルギーについて、あてはまるものに○をつけ、学校で対応が必要な場合、【6】に詳しく記入してください。

医師に診断されている病名	主な原因・症状と対応	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
アトピー性皮膚炎	【例】服薬中、外用薬使用	○	○							
ぜん息										
花粉症	【例】スギ、目のかゆみ					○	○			
じんましん										
アレルギー性鼻炎										
アレルギー性結膜炎	【例】かゆい時、目薬使用	○	○	○						
薬物アレルギー	【例】アスピリン、薬疹	○								
その他のアレルギー (動物)	【例】ねこ、じんましん					○	○			
食物アレルギー	食品名	【例】生卵、そば、エビ								
	症状と対応	【例】口・のどのかゆみ、じんましん、アナフィラキシー 卵は加熱可 そば・エビは完全除去								
	現在の状況 (当てはまる番号を記入)	①必ず出る ②体調によって出る ③除去中 ④服薬中 ⑤エピペンの処方有り ⑥その他( )	①							

【例】日光・寒冷・動物・蜂・金属・ゴム

【4】最近の健康状態や生活

平熱を忘れずに記入してください。

ください。

症		平熱は 何度ですか				小6	中1	中2	中3		
		36.5	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃		
内科	1	<div data-bbox="300 286 443 331" data-label="Section-Header"> <h3>1 背骨</h3> </div> <div data-bbox="300 340 734 376" data-label="Text"> <p>* 上半身裸でチェックして下さい</p> </div> <div data-bbox="263 385 774 616" data-label="List-Group"> <ul style="list-style-type: none"> <li>①両肩の高さに差がある</li> <li>②両肩甲骨の高さ・位置に差がある</li> <li>③左右の脇線の曲がり方に差がある</li> <li>④前屈した左右の背面の高さに差がある</li> </ul> </div> <div data-bbox="470 582 750 795" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="837 286 1149 331" data-label="Section-Header"> <h3>4 しゃがみこみ</h3> </div> <div data-bbox="869 340 1220 470" data-label="Text"> <p>手を前に伸ばし、 足の裏を全部床に付けて 深くしゃがめるか</p> </div> <div data-bbox="853 504 1396 761" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="287 828 550 873" data-label="Section-Header"> <h3>2 前屈・後屈</h3> </div> <div data-bbox="311 884 726 1019" data-label="Text"> <p>膝を伸ばして身体を曲げたり、 反らしたりしたときに 腰に痛みが出ませんか</p> </div> <div data-bbox="534 963 813 1187" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="845 828 1300 929" data-label="Section-Header"> <h3>5 手のひらを上に向けて腕をのぼす</h3> </div> <div data-bbox="869 940 1212 1164" data-label="Text"> <p>・肘が完全に伸びますか ・肘を曲げ、指が肩につき ますか (左右交互に やってください)</p> </div> <div data-bbox="1220 996 1388 1176" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="300 1265 526 1310" data-label="Section-Header"> <h3>3 片脚立ち</h3> </div> <div data-bbox="295 1321 662 1456" data-label="Text"> <p>片脚立ちをふらつかずに 5秒以上できますか (左右交互にやってください)</p> </div> <div data-bbox="662 1243 790 1478" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="853 1265 1077 1310" data-label="Section-Header"> <h3>6 バンザイ</h3> </div> <div data-bbox="877 1321 1284 1444" data-label="Text"> <p>肘を伸ばして腕を上げたとき、 両腕が完全に上がり 耳につきますか</p> </div> <div data-bbox="1284 1254 1412 1500" data-label="Image"> </div>								5	6

このチェックはご家庭で何回か動作の練習をしてから、確認してください。

※必ず別紙の「記入の仕...

...を行ってからあてはまるところに○をつけてください。

整形外科	1	背骨が曲がっている							
	2	体を曲げたり、反らしたりすると腰に痛みがある							
	3	片脚立ちが5秒以上できない				○			
	4	足の裏全部を床につけて、しゃがみこみができない					○		
	5	肘の動きが悪いところがある							
	6	バンザイをした時、両腕が耳につかない							
	7	腕、脚を動かすと痛みがある						○	
	8	現在、整形外科で治療している病気やけががある							○
週3日以上している運動・競技名			体操	体操	バスク				

※7、8に○をつけた場合は裏面の【6】に詳しく記入してください。

運動部活動やスポーツクラブ、各種教室などで同じ運動を週3日以上しているとき、競技名を記入してください。

**【5】結核について、あてはまるものに○をつけ、必要事項を記入してください。**

	質 問	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
問1	今までに結核性の病気(肺浸潤、胸膜炎、肋膜炎、頸部リンパ腺結核等)にかかったことがありますか？	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃
問2	今までに結核の予防薬を飲んだことがありますか？	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年						
問3	ここ1年間において家族や同居人で結核にかかった人がいますか？	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年						
問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りますか？	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年						
	「はい」の場合、その国はどこですか？	中国								
問5	2週間以上「せき」や「たん」が続いていますか？	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃	いいえ はい 年 月 頃
問5で「はい」と答えた方だけ、次の①②に答えてください										
①	医療機関で受診していますか？	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 はい
②	ぜんそく、ぜんそく性気管支炎などといわれていますか？	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 はい

**【必須！】**  
**定期健康診断の際に必要な情報ですので、毎年必ず該当学年にご記入をお願いします。**

**【必須！】**  
**特になしの場合は○で囲んでください。**  
**押印(またはサイン)も忘れずをお願いします。**

**【6】現在、医療機関で治療中(投薬を受けている場合も含む)、または経過観察中の病気やけががあれば記入してください。特になし場合は、「特になし」を○で囲んでください。**

※保護者印を必ず押してください

学 年	治療中・経過観察中の病気やけが等、学校に知らせておきたいこと	保護者印
小1	<b>【例】ぜんそくで通院中。</b>	・特になし <input type="checkbox"/>
小2	<b>【例】整形外科：オスグッド病で通院中。痛みがあるとき激しい運動を控える。</b>	・ <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/>
小3	・特になし <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
小4	・特になし <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
小5	・特になし <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
小6	・特になし <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
中1	・特になし <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
中2	・特になし <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
中3	・特になし <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**＜記入する内容例＞**

**① 病気やけがでの学校生活上の注意事項をご記入ください。**  
 滲出性中耳炎/貧血/脊柱側弯症/発達障害/四肢の機能障害  
 月経随伴症状を含む月経に伴う諸症状/特殊な血液型や血液の病気  
 通院中・服薬中の病気やけがなど  
**※特に月経随伴症状については、保健室で休養する場合もあるので、市販薬を持っている、定期受診している等お知らせいただきますようお願いいたします。**

**② お子様の最近の心身の様子で、以下のような気になる点がありましたらご記入ください。**

- ・元気がない/疲れやすい/気分の落ち込む/イライラが続く
- ・朝起きられない/遅刻が増えている/学校に行きたがらない
- ・深夜のネット利用が多い/寝つきが悪い/眠りすぎる
- ・食欲が減った/心因性の頭痛や腹痛/倦怠感がある

ご記入が難しい場合は、担任までお知らせください。