小城市立牛津中学校　保健調査票 ㊙

年度入学

この調査はお子さんの健康状態を知り、健康診断の資料としたり、学校での生活に役立てたりするものです。学校での健康管理、保護者への緊急連絡以外に使用することはありません。必ず保護者の方で正しくご記入ください。

緊急連絡先は、勤務先など必ず連絡がつくところを書いてください。なお、この調査票は、3年間使用します。記載事項に変更がある場合は、加筆修正をお願いします。

小城市立牛津中学校長

1年　組　番	ふりがな		生年月日	
2年　組　番	氏名		平成 令和	年　月　日
3年　組　番				
男　・　女	部活動		出身小学校（　　）	

ふりがな 保護者氏名		現住所	小城市
		自宅電話	

緊急連絡先	優先順位	ふりがな 氏　名	続柄	緊急連絡先（勤務先など）	電話番号（必ず連絡がとれるところ）
	1				
	2				
	3				

かかりつけの病院	内科
	外科
	その他

◎　昼間、どなたか自宅におられますか？	いない ・ いる（続柄　　）
健康時の体温（平熱）	（　　℃　）
麻疹風疹混合 予防接種歴 （母子手帳を確認し、該当するものに○を）	・2回受けた　・1回受けた ・受けていない　・ わからない

◎　既往歴（これまでにかかった病気）

心臓病　　才	病名　（　　） 定期受診：ある ・ ない　次回受診予定：令和（　）年（　）月頃
腎臓病　　才	病名　（　　） 定期受診：ある ・ ない　次回受診予定：令和（　）年（　）月頃

川崎病	才	ひきつけ	才
おたふくかぜ	才	脳脊髄液減少症	才
水痘（水ぼうそう）	才	喘息	才
麻疹（はしか）	才	最終発作：（　）年（　）月頃	
風疹（三日はしか）	才	服薬：なし・予防薬服用中・発作時のみ服用	

※裏面にもご記入ください。

◎ からだの様子について、該当学年のあてはまる項目に〇をつけてください

※学校には薬はありませんので、服薬しているものがあれば準備してください。

名前		1年	2年	3年	特記事項・服薬など
内科	よく頭痛をうったえる				
	偏頭痛がある				服薬 （有・無）
	よく腹痛をうったえる				
	立ちくらみ貧血をおこす				
	よく（便秘・下痢）をする				
	よく熱をだす				
	かぜをひきやすい				
眼科	黒板の字が見えにくい				
	めがね使用				
	コンタクトレンズ使用				
	色の見え方（色覚）が気になる				
耳鼻科	鼻血がよく出る				
	鼻炎がある				
	耳が聞こえにくい				
	中耳炎になりやすい				
月経	月経が始まっている				
	月経に伴う体調不良がある （下記または備考欄に詳しくご記入ください）				服薬（有・無）
アレルギー	食物アレルギーがある		（ ）	（ ）	
	アトピー性皮膚炎がある				
	花粉症がある				
	薬のアレルギーがある				
	シックハウス症候群がある				
	化学物質過敏症がある				
	アレルギー疾患で、学校での配慮が必要ですか？			はい ・ いいえ	
	学校での配慮が必要な場合は、学校生活管理指導表が必要になります。後日、配布をしますので、主治医に記載してもらい、学校にご提出ください。学校生活管理指導表は有料になる場合もあります。				

◎ 現在、治療中や経過観察中の病気や怪我等がありましたら記入してください

その他、学校で配慮が必要な事項がありましたら詳しく記入してください

入院や長期通院の必要だった病気の既往歴や手術歴、先天性疾患など、お子さんの健康状態で心配な点については詳しくお知らせください。

年　月	