

保健調査票の記入をお願いします

新年度用の保健調査票（見開きの B5 サイズ）を配布しますので、記入をお願いします。必ず保護者の方がご記入ください。

配布日

| | | |
|-------------|----------|--------|
| 新中 1 ・ 新高 1 | : 3月 21日 | 新入生登校日 |
| その他の学年 | : 4月 4日 | 始業式 |

提出日

| | | |
|-------------|----------|-----------|
| 新中 1 ・ 新高 1 | : 4月 5日 | 新入生登校日 |
| その他の学年 | : 4月 10日 | オリエンテーション |

忘れずに持参するようお願いいたします。

【注意】麻疹の予防接種の回数が合計 2 回になっていない生徒は、母子手帳を見てよく確認してください。（罹患した場合は除きます。）

次の記入例を参考にして、ご記入ください
(記入例は見やすいように赤字で記載してあります。)

秘 保健調査票

江戸川学園取手中高等学校

この調査票は、お子様の健康状態を知り、在学中の健康管理と健康診断の参考にするものです。必ず保護者の方が記入し、記入が終わりましたら捺印をお願いします。

中・高 1年 1組 1番

| | | | |
|-------|---------------------------------------|------|---------------------------------|
| フリガナ | エドガワ ハナコ | | 生年月日 |
| 氏名 | 江戸川 花子 ^男 _(女) | | 20 10 年 4 月 4 日 |
| 住所 | 〒 302 - 0025 茨城県 取手市 西1丁目 37 - 1 | | |
| 緊急連絡先 | 1 | 連絡先名 | 江戸川 太郎 (父) ☎ 090 - 0000 - 0000 |
| | 2 | 連絡先名 | 江戸川 花江 (母) ☎ 080 - 0000 - 0000 |
| | 3 | 連絡先名 | 江戸川 商店 (母職場) ☎ 0297 - 00 - 0000 |

※連絡先は、緊急時に使用しますので、必ず連絡のつく順にご記入ください。

| | |
|------|------------|
| フリガナ | エドガワ タロウ |
| 保護者名 | 江戸川 太郎 (印) |
| | 担任印 |
| | 印 |

捺印

中・高 1年1組1番 氏名 [江戸川 花子]

1. 今までにかかった病気 ※年齢は、医師から診断を受けた年齢をご記入ください。

| 病名 | 年齢 | 現在の状態に○をする | | | 備考※運動制限、内服薬、通院状況、手術歴など |
|-------------|----|------------|-----|-----|------------------------|
| 心臓病 (期外収縮) | 6才 | 完治 | 治療中 | その他 | |
| 腎臓病 () | 才 | 完治 | 治療中 | その他 | |
| 糖尿病 () | 才 | 完治 | 治療中 | その他 | |
| 胃腸疾患 () | 才 | 完治 | 治療中 | その他 | |
| 結核 () | 才 | 完治 | 治療中 | その他 | |
| てんかん () | 才 | 完治 | 治療中 | その他 | |
| 喘息 (気管支喘息) | 3才 | 完治 | 治療中 | その他 | 持久走不可、内服薬持参 |
| 整形外科疾患 () | 才 | 完治 | 治療中 | その他 | |
| 精神・神経疾患 () | 才 | 完治 | 治療中 | その他 | |
| その他 () | 才 | 完治 | 治療中 | その他 | |

2. 予防接種歴等 ※母子手帳を参考に、かかったことのある場合は年齢を、予防接種歴は○印と()内をご記入ください。

| 感染症名 | かかった年 | 予防接種歴 | | | |
|----------------|-------|-------------------|----------------|-----|--------|
| 麻疹* | 才 | 1回目 (年 月) | 2回目 (年 月) | 未接種 | 不明 |
| MR (麻疹 + 風疹) * | / | 1回目 (2011年 8月) | 2回目 (2016年 8月) | 未接種 | 不明 |
| 風疹 | 才 | 1回目 (年 月) | 2回目 (年 月) | 未接種 | 不明 |
| 水痘 | 5才 | 接種済み | | 未接種 | 不明 |
| 流行性耳下腺炎 | 6才 | 接種済み | | 未接種 | 不明 |
| 三種混合 | | 1期 1回目 2回目 3回目 | 1期追加 | II期 | 未接種 不明 |
| 日本脳炎 | | i期 1回目 2回目 | 1期追加 | II期 | 未接種 不明 |
| BCG | | 接種済み | | 未接種 | 不明 |

* 麻疹については、海外研修の際に合計で2回接種していることが必要になります (MRも可)。

3. 【中等部生のみ記入】 結核について質問の回答に○をつけ、必要事項を記入してください。

| | |
|--|-----------------------|
| ① 今までに結核性の病気(肺浸潤、胸膜炎、肋膜炎、頸部リンパ節結核等)にかかったことがありますか? | いいえ・はい (年 月頃) |
| 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) |
| ③ 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? | いいえ・はい (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りますか? はいの場合、その国はどこですか? | いいえ・はい 国名 (シンガポール) |
| ⑤ 2週間以上、せきや痰が続いていますか? | いいえ・はい |
| はいの場合、医療機関で受診していますか? | いいえ・はい |
| はいの場合、喘息、喘息性気管支炎などと言われていますか? | いいえ・はい |

4. アレルギーについて ※ある場合は必要事項をご記入ください。エピペンの処方があれば○をする。

| | 食品名 | 症状 | 対応 |
|----------|-------|-----------------|------------|
| 食物アレルギー | ピーナッツ | のどのかゆみ じんましん | 内服薬 (ポラミン) |
| | 薬品名 | 症状 | 対応 |
| 薬品アレルギー | | | |
| | 品名 | 症状 | 対応 |
| その他アレルギー | | | |
| エピペンの処方 | 原因物質 | 使用する症状・対応 | 校内の保管場所 |
| あり | ピーナッツ | のどの異和感 | 本人のカバン |

5. 現在の様子

| | |
|--|---------------|
| 平熱 | (36.5) °C |
| 常用薬 | 薬品名 |
| ※アレルギーや副作用の問題から、学校で内服薬は渡しません。必要な薬は自分で常備するようお願いします。 | ポラミン シングレア |

最近の健康状態・生活習慣について、あてはまるものは有に、あてはまらないものは無に○印をつけて下さい。月経随伴症状について、該当する場合は内容の記入をお願いします。

| 症状 | 有 無 | |
|-------------------|-------|----|
| ① 色を見間違えることがある | 有 ・ 無 | |
| ② 腕、脚を動かすと痛みがある | 有 ・ 無 | |
| ③ 腕、脚に動きの悪いところがある | 有 ・ 無 | |
| ④ 片脚立ちが5秒以上できない | 有 ・ 無 | |
| ⑤ しゃがみこみができない | 有 ・ 無 | |
| ⑥ 月経随伴症状がある ※女子のみ | 有 ・ 無 | |
| | 症状 | 対応 |

6. 健康上、なにか学校に連絡することがありましたらご記入ください。

特になし