

保健調査票

| | | |
|----|-------|-----|
| 氏名 | 生年月日 | 性別 |
| | 年 月 日 | 男 女 |

1. これまでにかかった病気について記入して下さい。

| 病名 | 年齢 | 現在の状況 | | |
|------------|----|-------|------|----|
| | | 治療中 | 経過観察 | 治癒 |
| 心臓病() | | | | |
| 川崎病 | | | | |
| 腎臓病() | | | | |
| 気管支喘息 | | | | |
| けいれん性疾患() | | | | |
| けいれん性疾患() | | | | |
| 四肢の運動機能障害 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2. アレルギーについて記入して下さい。

| 症状・病名等 | 有・無 | 現在の状況 |
|-----------|-----|----------------------------|
| 食物アレルギー | 有・無 | 病院での診断を(受けた・受けていない) 食品名 |
| 薬物アレルギー | 有・無 | 病院での診断を(受けた・受けていない) 薬品名 |
| ハチに刺されたこと | 有・無 | 病院での診断を(受けた・受けていない) |
| 花粉症 | 有・無 | 病院での診断を(受けた・受けていない) |
| アトピー性皮膚炎 | 有・無 | 病院での診断を(受けた・受けていない) |
| その他() | 有・無 | 病院での診断を(受けた・受けていない) |
| その他() | 有・無 | 病院での診断を(受けた・受けていない) |

3. 現在治療中の病気やアレルギーが出たときの対応について記入して下さい。

| 病名 | 日本での治療・対応はどのようにするのか。 |
|----|----------------------|
| | |
| | |
| | |

4. 健康上のことで学校に知らせておきたいことがありましたら、記入して下さい。

| |
|--|
| |
|--|

5. 麻しん(はしか)についてあてはまるところに○をつけ()内に必要事項を記入してください。

| | | |
|------------------------|----------|-----------|
| 麻しん(はしか)にかかったことがありますか。 | はい() 才頃 | いいえ わからない |
| 麻しん(はしか)の予防接種を受けましたか。 | はい() 才頃 | いいえ わからない |