



保健調査票

【那覇市立 垣花小】学校 〔平成30〕年度

保護者各位

この調査はお子さん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ともに、学校内での事故や急病時（緊急時）に適切な処置を行うための大切な資料です。それ以外の目的には一切使用いたしません。両面の内容について記入してください。

年 組 番		ふりがな			
		氏 名			
現住所	那覇市	男・女	生年月日		平熱
			平成	年 月 日	℃
保護者名		続柄			
本校在籍の 兄弟・姉妹 (鉛筆書き)	年 組	年 組	年 組	学童名 (小学校のみ)	

緊急 連絡 先	1 番目の連絡先		2 番目の連絡先		3 番目の連絡先	
	ふりがな					
	氏名					
	電話	職場 携帯	職場 携帯	職場 携帯	職場 携帯	
続柄						

※ 職場や携帯番号が変更になりましたら、早めに学校までご連絡をお願いします。

1. かかりつけ医がある場合は下記欄にご記入下さい。

内科：(病院名)	眼科：(病院名)
外科：(病院名)	その他：(病院名)

2. 予防接種歴および罹患状況

予防接種歴について	接種	罹患済 (○印)
日本脳炎	1回目・2回目・3回目・4回目	
3種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風)	1回目・2回目・3回目	
4種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)	1回目・2回目・3回目・4回目	
MR (麻疹・風疹)	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	
水痘 (水ぼうそう)	1回目・2回目	

3. アレルギー

診断名	発症年齢	現在の様子	エピペン
食物アレルギー【食材名：】	才	治療中・定期検診・既往のみ	ある・なし
薬品アレルギー【薬品名：】	才	治療中・定期検診・既往のみ	ある・なし
その他【】	才	治療中・定期検診・既往のみ	ある・なし
アナフィラキシーを起こしたことがある	才	原因【】	ある・なし

4. 今までにかかった病気（かかったことある病気のNoの欄に○印をつけてください。）

No	病名	現在のようす	発症年齢	服薬	
1	心臓病（ ）	治療中・定期検診・通院なし		あり	なし
2	腎臓病（ ）	治療中・定期検診・通院なし		あり	なし
3	糖尿病	治療中・定期検診・通院なし		あり	なし
4	川崎病	治療中・定期検診・通院なし		あり	なし
5	リウマチ熱	治療中・定期検診・通院なし		あり	なし
6	ぜんそく	治療中・定期検診・通院なし		あり	なし
7	アトピー性皮膚炎	治療中・定期検診・通院なし		あり	なし
8	アレルギー性鼻炎	治療中・定期検診・通院なし		あり	なし
9	アレルギー性結膜炎	治療中・定期検診・通院なし		あり	なし
10	けいれん性の病気（ ）	治療中・定期検診・通院なし		あり	なし
11	副鼻腔炎（ちくのう症）	治療中・定期検診・通院なし		あり	なし
12	中耳炎	治療中・定期検診・通院なし		あり	なし
13	手術（ ）	治療中・定期検診・通院なし		あり	なし
14	その他（ ）	治療中・定期検診・通院なし		あり	なし

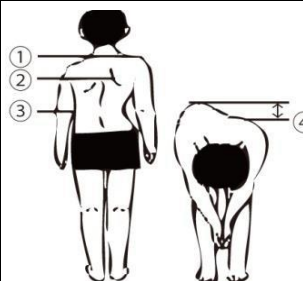
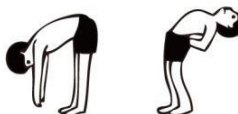

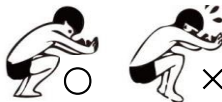

5. 現在の健康状態について、当てはまるものに○をつけて下さい。

（現在治療中であれば、治療中と記入して下さい。疾病名の記入でも可。）

症 状		当てはまる場合は○印
内 科	熱が出やすい	
	頭痛をおこしやすい	
	腹痛をおこしやすい	
	吐きやすい	
	下痢しやすい	
	便秘しやすい	
	からだがだるい つかれやすい	
	めまいや立ちくらみを起こしやすい	
	少し運動すると「どうき」や「息切れ」がする	
	1年以内にひきつけをおこした	
耳 鼻 科	くしゃみ、鼻水、鼻づまりが多い	
	いつも口を開けている	
	毎日いびきをかく いびきをかき呼吸が止まることもある	
	いつも声がかれている	
	発音がおかしい	
	テレビのボリュームがとても大きい	
眼 科	黒板など物が見えにくい、目を細めてみる	
	目線が内側や外側にずれることがある	
	目が充血しやすい	
	目に痛みやかゆみがある	
	目やにがでる	
	色を間違えることがある	

8. 運動器検診についての間診

年 組 番
氏名

	質 問	回 答	
①	現在取り組んでいるスポーツ(バレエ・ダンス等含む)がありますか？	いいえ はい ()	
②		①両肩の高さに左右差がある	ない・ある
		②両肩甲骨の高さ、位置の左右差がある	ない・ある
		③両脇の線が左右非対称である	ない・ある
		④前かがみをした時の背面の高さに左右差がある (特に肋骨及び腰部)	ない・ある
③	身体をそらしたり曲げたりした時に腰に痛みがありますか？	 ない・ある 前屈・後屈 両方	
④	片脚立ち(左右交互に行う)をすると身体が傾いたりふらついたりしませんか？	 しない・する 右脚・左脚 両方	
⑤	足の裏を全部床につけて完全にしゃがめますか？ (この時、かかとを浮かせてはいけません)	 しゃがめる しゃがめない	
⑥	手のひらを上に向けて腕を伸ばした時、完全に伸びない、曲がらない(指が肩につかない)ことはありますか？	①左ひじ	異常なし 伸びない 曲がらない
		②右ひじ	異常なし 伸びない 曲がらない
⑦	両腕を上に乗すぐ伸ばした時に両腕が耳につきますか？	①左腕	つく・つかない
		②右腕	つく・つかない
⑧	身体のどこかに痛いところや気になるところはありませんか？ 骨・関節・筋肉などについて症状のある部位に○をつけてください。		
⑨	整形外科で治療経験や現在治療中の部位がありますか？ 「ある」場合は、部位・病名など分かる範囲でお答えください。	{ ない・ある (時期 才頃) } 部位 { } 病名 { }	

9. 医師検診結果

内科検診の結果	運動器検診の結果	結核検診の結果
<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常なし	結核精密検査 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
所見① { }	所見① { }	
<input type="checkbox"/> 要受診 <input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 要受診 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> ストレッチのすすめ	
所見② { }	所見② { }	
<input type="checkbox"/> 要受診 <input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 要受診 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> ストレッチのすすめ	