

保健調査票



【那覇市立】学校〔 〕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
	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	

年	組	番
氏名		

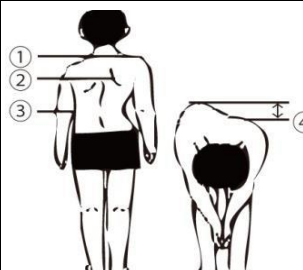
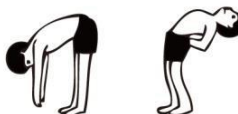
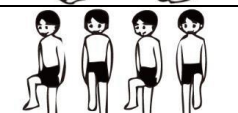
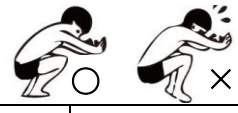
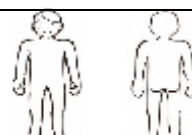
6. 健康面で相談したいことがありましたら記入してください。

7. 結核についての問診

	質 問	回 答
①	過去 2 年間に お子様が、結核性の病気（肺浸潤、胸膜炎または肋膜炎、頸部リンパ節結核など）にかかったことがありますか？	いいえ はい 年 月頃
②	過去 2 年間に お子様が、結核の治療または結核の発病予防のためにお薬を飲んだことがありますか？	いいえ はい 年 月頃
③	お子様の家族や同居人で、過去 2 年間に結核にかかった人がいますか？	いいえ はい 年 月頃
④	お子様が、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
	「はい」の場合それはどこの国ですか？	
⑤	現在お子様は、この2週間以上「せき」や「たん」及び「微熱」などの症状が続いていますか？	いいえ はい
「はい」 場合の	その「せき」や「たん」及び「微熱」で医療機関において、治療や検査を受けていますか？	いいえ はい
	お子様は、ぜんそく、ぜんそく性気管支炎などといわれたことがありますか。	いいえ はい
⑥	※小学校 1 年生の保護者の方、転入生の保護者の方のみお答えください。 お子様は、いままでに B C G の接種（スタンプ式の予防接種）を受けたことがありますか。	はい・いいえ 受けられなかった理由 【 】

8. 運動器検診についての問診

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 ②両肩甲骨の高さ、位置の左右差がある ③両脇の線が左右非対称である 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)	① ② ③ ④ ① ② ③ ④ ① ② ③ ④ ① ② ③ ④ ① ② ③ ④
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？ 	① ② ③ ④ ① ② ③ ④ ① ② ③ ④ ① ② ③ ④
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？ 	① ② ③ ④ ① ② ③ ④ ① ② ③ ④ ① ② ③ ④
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) 	① ② ③ ④ ① ② ③ ④ ① ② ③ ④ ① ② ③ ④
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 ② ③ ④ ① ② ③ ④ ① ② ③ ④ ① ② ③ ④
⑦	両腕を上にもっすぐ伸ばした時に両腕が耳につきますか？ 	① ② ③ ④ ① ② ③ ④ ① ② ③ ④ ① ② ③ ④
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すか？ 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。 	① ② ③ ④ ① ② ③ ④ ① ② ③ ④ ① ② ③ ④
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。	① ② ③ ④ ① ② ③ ④ ① ② ③ ④ ① ② ③ ④

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
☐ 異常なし	☐ 異常なし	結核精密検査 ☐ 要 ☐ 不要
所見①〔 〕	所見①〔 〕	
☐ 要受診 ☐ 経過観察	☐ 要受診 ☐ 経過観察 ☐ ストレッチのすすめ	
所見②〔 〕	所見②〔 〕	
☐ 要受診 ☐ 経過観察	☐ 要受診 ☐ 経過観察 ☐ ストレッチのすすめ	