

家族構成	緊急連絡先
ふりがな 本人	川口市〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
氏名 川口 花子	TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
〇〇年〇月〇〇日生	自宅住所
兄弟姉妹の生年月日	第1 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 (〇) 〇〇〇〇 (〇) 〇〇〇〇 (〇) 〇〇〇〇 (〇)
氏名	第2 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 (〇) 〇〇〇〇 (〇) 〇〇〇〇 (〇) 〇〇〇〇 (〇)
〇〇 〇〇 〇〇	勤務先名: 〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇
〇〇 〇〇 〇〇	勤務先名: 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇 〇〇 〇〇	勤務先名: 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇 〇〇 〇〇	勤務先名: 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇年〇月〇〇日	(自宅・勤務) 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (自宅・勤務) 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇 〇〇 〇〇	第3 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 (〇) 第4 〇〇〇〇 (〇) 〇〇〇〇 (〇)
〇〇 〇〇 〇〇	勤務先名: 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇 〇〇 〇〇	勤務先名: 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇 〇〇 〇〇	(自宅・携帯) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 (自宅)

1. これまでにかかった病気等の年齢と現在の治療中 経過観察 治療 有 無

病名	初発の年齢	治療中	経過観察	治療	有	無
①心臓病(病名 心室期外収縮)	10才	〇	〇	〇	〇	〇
②腎臓病(病名)						
③ひきつり・てんかん	3才	〇				
④ぜんそく						
⑤その他(病名)						
学校生活管理指導票、糖尿病連携表、川崎病調査票の有無						
2. 予防接種履歴と既往歴と副作用歴						
①日本脳炎	〇	〇	〇	〇	〇	〇
②3種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風)	〇	〇	〇	〇	〇	〇
③4種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)	〇	〇	〇	〇	〇	〇
④急性灰白髄炎(ポリオ)	〇	〇	〇	〇	〇	〇
⑤二種混合(ジフテリア・破傷風)	〇	〇	〇	〇	〇	〇
⑥MR(麻疹風疹混合ワクチン)	〇	〇	〇	〇	〇	〇
⑦麻疹単独(はしか)	〇	〇	〇	〇	〇	〇
⑧風疹単独(三日はしか)	〇	〇	〇	〇	〇	〇
⑨水痘(水ぼうそう)	〇	〇	〇	〇	〇	〇
⑩流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	〇	〇	〇	〇	〇	〇
⑪小児用肺炎球菌	〇	〇	〇	〇	〇	〇
⑫ヒブ(インフルエンザ菌b型・Hib)	〇	〇	〇	〇	〇	〇
⑬ヒトパピローマウイルス(子宮頸がん)	〇	〇	〇	〇	〇	〇
⑭BCG	〇	〇	〇	〇	〇	〇

けがや病気のために学校から直接病院を受診する際に必要となります。必ずご記入ください。

健康保険証	種類	社・会・共(○をつける)	〇〇 〇〇 〇〇〇
	記号・番号	〇〇 〇〇 〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇
	保険番号	〇 〇 〇 〇	〇〇〇-〇〇〇〇
	発行機関	〇 〇 〇 〇	〇〇〇-〇〇〇〇
	有効期限	〇〇 年 〇 月 〇〇 日	〇〇〇-〇〇〇〇

かかりつけの医療機関があれば記入してください

医療機関名	TEL
〇〇 病院	〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇 整形外科	〇〇〇-〇〇〇〇
△△ 歯科医院	〇〇〇-〇〇〇〇

氏名 川口 花子

3. 最近の健康状態・生活習慣 (はまるものがあれば○を記入してください。)

項目	小1	小2	小3	小4	小5	小6
1 食欲が	〇	〇	〇	〇	〇	〇
2 頭痛	〇	〇	〇	〇	〇	〇
3 下痢	〇	〇	〇	〇	〇	〇
4 動悸	〇	〇	〇	〇	〇	〇
5 疲れ	〇	〇	〇	〇	〇	〇
6 急にだるさ	〇	〇	〇	〇	〇	〇
7 貧血をおこす	〇	〇	〇	〇	〇	〇
8 乗り物酔いをする	〇	〇	〇	〇	〇	〇
9 アレルギーがある(原因 卵・大豆)	〇	〇	〇	〇	〇	〇
10 肌がゆずりやすい	〇	〇	〇	〇	〇	〇
11 肌がゆれやすい、かぶれやすい	〇	〇	〇	〇	〇	〇
12 うみややさい、きびがでやすい	〇	〇	〇	〇	〇	〇
13 体や手足にブツブツがでている	〇	〇	〇	〇	〇	〇
14 髪のに異常がある(頭シラミ、脱毛症等)	〇	〇	〇	〇	〇	〇
15 生まれつきのあざ、皮膚病がある	〇	〇	〇	〇	〇	〇
16 その他、気になる皮膚病がある(病名アトピー性皮膚炎)	〇	〇	〇	〇	〇	〇
17 聞こえが悪い	〇	〇	〇	〇	〇	〇
18 発音で気になることがある	〇	〇	〇	〇	〇	〇
19 よく鼻水がでる	〇	〇	〇	〇	〇	〇
20 よく鼻がつまる	〇	〇	〇	〇	〇	〇
21 鼻血が出やすい	〇	〇	〇	〇	〇	〇
22 のどの腫れや痛みがある	〇	〇	〇	〇	〇	〇
23 普段口を開けている	〇	〇	〇	〇	〇	〇
24 いびきをかくことがある	〇	〇	〇	〇	〇	〇
25 寝または定期的に海綿中の病気がある	〇	〇	〇	〇	〇	〇
26 黒板の字が見えにくい、遠くを見るとき目を細める	〇	〇	〇	〇	〇	〇
27 色まらがない、色がある	〇	〇	〇	〇	〇	〇
28 顔を傾げる、上目づかい、顔の正面で見ない	〇	〇	〇	〇	〇	〇
29 左右の視線がずれることがある	〇	〇	〇	〇	〇	〇
30 本を読むと目が疲れたり、頭痛がしたりする	〇	〇	〇	〇	〇	〇
31 目がかわく、涙が出る、目が赤くなる	〇	〇	〇	〇	〇	〇
32 目がかわく、涙が出る、目が赤くなる	〇	〇	〇	〇	〇	〇
33 メガネ・コンタクトレンズを使用している	〇	〇	〇	〇	〇	〇
34 コンタクトレンズ使用で、目にくい、充血、ゴロゴロすること	〇	〇	〇	〇	〇	〇
35 現在または定期的に海綿中の病気がある(病名アトピー性皮膚炎)	〇	〇	〇	〇	〇	〇
36 歯が痛んだり、しめたりする	〇	〇	〇	〇	〇	〇
37 顎の関節が痛んだり音がしたりすることがある	〇	〇	〇	〇	〇	〇
38 口をあげづらいと思うことがある	〇	〇	〇	〇	〇	〇
39 かみにくい、食べにくいと思うことがある	〇	〇	〇	〇	〇	〇
40 腫れびやかみ合わせが気になる	〇	〇	〇	〇	〇	〇
41 口のおいが気になる	〇	〇	〇	〇	〇	〇
42 腫くきから血が出る、口角が裂ける	〇	〇	〇	〇	〇	〇
43 現在歯列矯正をしている	〇	〇	〇	〇	〇	〇
44 背骨が曲がっている	〇	〇	〇	〇	〇	〇
45 腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがある	〇	〇	〇	〇	〇	〇
46 腕、脚を動かすと痛みがある	〇	〇	〇	〇	〇	〇
47 腕、脚に動きの悪いところがある	〇	〇	〇	〇	〇	〇
48 片脚立ちが5秒以上できない	〇	〇	〇	〇	〇	〇
49 しやがみがみできない	〇	〇	〇	〇	〇	〇

※整形外科の項目を記入される時は、保健調査票裏面のチェックポイントをご参照ください。

お子さまの該当する学年の欄にのみご記入ください。

すべてのお子さま対象の質問となります。身体のことについて困ることや心配があればご記入ください。

1年 アトピー性皮膚炎です。汗をかくと悪化する、夏は、着替えを持たせませす。

2年 月経(生理)等について困ることや心配がある(はい・いいえ)

3年 月経(生理)等について困ることや心配がある(はい・いいえ)

4年 月経(生理)等について困ることや心配がある(はい・いいえ)

5年 月経(生理)等について困ることや心配がある(はい・いいえ)

6年 月経(生理)等について困ることや心配がある(はい・いいえ)

こちらには、必ず押印をお願いします。

川口

川口

川口

川口

川口

川口