

9 現在治療中または病院で経過観察を受けている病気やけが、その他学校に知らせておきたいことがあれば記入してください。特になし場合は、“なし”と記入してください。

1年	
2年	
3年	

10 健康相談やその他個別指導の記録(この欄は学校で記入します。)

学年	健康相談やその他個別指導の記録※実施月日等も記入する。
1年	
2年	
3年	

# 秘 保健調査票

(中学校用)

この調査は学校医が健康診断の参考にするとともに、担任がお子さんの健康状態を知るために必要な調査ですので、正確に御記入ください。

学年	1	2	3
組			
番号			
保護者印又はサイン			

血液型
Rh( + ・ - )
( ) 型
未検査

ふりがな	性別	男	女	生年月日	平成	年	月	日生
生徒名	住所			電話				
保護者名	※下欄は、変更時に記入							

1 緊急連絡先 学校でのけがや病気の際の連絡に活用します。昼間に必ず連絡の取れる連絡先の記入をお願いします。

緊急連絡先	保護者	1	氏名	続柄( )	連絡先電話
		2	氏名	続柄( )	連絡先電話
	保護者不在の場合の連絡先	3	氏名	続柄( )	連絡先電話
		4	氏名	続柄( )	連絡先電話

2 かかりつけの医院

区分	医療機関名	区分	医療機関名
内科系	TEL	外科系	TEL
歯科	TEL	その他	TEL

3 これまでにかかった病気等 病名を記入し、初発の年齢と現在の状況等を記入してください。

※ 管理指導表または医師の診断書も封筒などに入れて提出してください。

病名	初発の年齢	現在の状況(○印)			医療機関名	服薬の有無(○印)	
		治療中	経過観察	治癒		有	無
心臓病(病名 )							
腎臓病(病名 )							
糖尿病( 型)							
川崎病							
ひきつけ・てんかん							
その他の病気( )							
学校生活管理指導表、糖尿病・川崎病連絡表その他診断書等の有無	心疾患用 (有・無)	腎疾患用 (有・無)	糖尿病連絡表 (有・無)	川崎病連絡表 (有・無)	その他診断書等 (有・無)		

4 予防接種歴 未接種の場合は未接種の欄に○を記入し、接種有の場合は、接種回数すべてを○で囲んでください。

予防接種	未接種	接種有			
① 日本脳炎		1回目	2回目	3回目	4回目
② 水痘		1回目	2回目		
③ 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
④ BCG		1回目			
⑤ MRワクチン(麻疹・風疹混合)		1回目	2回目		
⑥ 小児肺炎球菌ワクチン		1回目	2回目	3回目	4回目
⑦ ヒブ(Hib)ワクチン		1回目	2回目	3回目	4回目
⑧ その他(例:2種混合・麻疹単独等)					

<罹患歴>

麻しん	風しん
有・無	有・無

5 平常時の体温

1年	2年	3年
℃	℃	℃

6 結核の状況について

※ 内科検診時に、この質問票を結核健康診断問診票として取り扱いますので、学校名・氏名・生年月日を記入してください。

中学校	ふりがな		平成 年 月 日 生
	氏名		

記入上の注意:あてはまる項目に○をしてください。

項目	学年・記入日	1年	2年	3年
		月 日	月 日	月 日
1	今までに結核性の病気（例、肺浸潤、胸膜炎（ろくまく炎）、頸部リンパ節結核）にかかったことがありますか。	いいえ	いいえ	いいえ
		はい	はい	はい
		年 月 頃	年 月 頃	年 月 頃
2	今までに予防的に結核のお薬を飲んだことがありますか。	いいえ	いいえ	いいえ
		はい	はい	はい
		年 月 頃	年 月 頃	年 月 頃
3	この1年間に家族や同居人で結核にかかった人がいますか。 ※現在、家族や同居人が、保健所等で定期的に健康診断を受診している場合は（ ）に○をつけてください。	いいえ	いいえ	いいえ
		はい	はい	はい
		年 月 頃	年 月 頃	年 月 頃
「はい」と答えた場合	結核にかかった人とこの1年間に接触しましたか。	いいえ	いいえ	いいえ
		はい	はい	はい
		年 月 頃	年 月 頃	年 月 頃
「はい」と答えた場合	この1年間に保健所等で定期的に検診を受けていますか。	いいえ	いいえ	いいえ
		はい	はい	はい
		年 月 頃	年 月 頃	年 月 頃
4	この1年間に半年以上、外国に住んでいたことがありますか。	いいえ	いいえ	いいえ
		はい	はい	はい
		年 月 頃	年 月 頃	年 月 頃
「はい」と答えた場合	それはどこの国ですか。			
5	最近2週間以上「せき」や「たん」、その他、体調不良が続いていますか。	いいえ	いいえ	いいえ
		はい	はい	はい
		年 月 頃	年 月 頃	年 月 頃
「はい」と答えた場合	その「せき」や「たん」で、治療や検査を受けていますか。	いいえ	いいえ	いいえ
		はい	はい	はい
		年 月 頃	年 月 頃	年 月 頃
「はい」と答えた場合	ぜんそく、ぜんそく性気管支炎などと言われていますか。	いいえ	いいえ	いいえ
		はい	はい	はい
		年 月 頃	年 月 頃	年 月 頃
「はい」と答えた場合	どんな症状が続いていますか。症状を○で囲んでください。気になる症状がない場合は、「なし」に○をつけてください。	微熱	微熱	微熱
		寝汗	寝汗	寝汗
		体重減少	体重減少	体重減少
「はい」と答えた場合	食欲不振	なし	なし	なし
6	昨年度の学校の結核健康診断で、精密検査を受けるよう言われましたか。	いいえ	いいえ	いいえ
		はい	はい	はい
		年 月 頃	年 月 頃	年 月 頃
「はい」と答えた場合	精密検査を受けましたか。	いいえ	いいえ	いいえ
		はい	はい	はい
		年 月 頃	年 月 頃	年 月 頃
「はい」と答えた場合	精密検査の結果、結核にかかっているとされたり、薬の服用を指示されたりしましたか。	いいえ	いいえ	いいえ
		はい	はい	はい
		年 月 頃	年 月 頃	年 月 頃
学校で記入	【学校医より：判定】 ① 結核対策検討委員会での検討について	不要	不要	不要
		必要	必要	必要
		必要	必要	必要
学校で記入	② 緊急の結核精密検査について	不要	不要	不要
		必要	必要	必要
		必要	必要	必要

7 アレルギーの状況について ※ 管理指導表または医師の診断書も封筒などに入れて、提出してください。

病名	診断年齢	現在の状況(○印)			服薬の有無(○印)			管理指導表(○印)
		治療中	経過観察中	治癒	常時	症状により	無	
気管支ぜんそく								
アトピー性皮膚炎								
アレルギー性結膜炎								
アレルギー性鼻炎								
食物アレルギー		原因食材			服薬		エピペン	
					有・無	有・無	有・無	
アナフィラキシー		原因			服薬		エピペン	
					有・無	有・無	有・無	

8 最近の健康状態・生活習慣について、次の事項であてはまるものがあれば○を記入してください

症状		1年	2年	3年	
内科	1 かぜをひきやすい				
	2 頭痛を起こしやすい				
	3 腹痛を起こしやすい				
	4 便秘がちである				
	5 食べ物の好き嫌が多い				
	6 立ちくらみやめまいを起こしやすい				
	7 疲れやすく、元気がないことが多い				
	8 乗り物に酔いやすい				
	9 月経時に腹痛や頭痛・嘔気など困ることがある(女子のみ)				
皮膚科	10 肌がかゆくなりやすい				
	11 肌があれやすい、かぶれやすい				
	12 うみやすい、にきびがでやすい				
	13 体や手足にブツブツができています				
耳鼻科	14 気になる皮膚病がある				
	15 聞こえが悪い(右・左・両方)				
	16 発音で気になることがある、声がかれている				
	17 よく鼻水やくしゃみが出る				
	18 よく鼻がつまる				
	19 鼻血がでやすい				
	20 のどの腫れや痛みを伴う発熱が多い				
	21 普段から口を開けている				
	22 いびきをかくことがある				
	23 現在治療中の病気がある				
	眼科	24 黒板の字が見えにくい、遠くを見るとき目を細める			
		25 色の見分けが困難などときがある			
		26 見る時に頭を傾ける、上目づかい、顔の正面で見ない			
		27 左右の視線がずれることがある			
28 本を読むと目が疲れたり、頭痛がしたりする					
29 目がかゆくなる、目やにが出る、目が赤くなる					
30 目がかわく、涙が出るが多い					
31 メガネ・コンタクトレンズを使用している					
歯科		32 歯が痛んだり、しみたりする			
	33 顎の関節が痛んだり音がしたりすることがある				
	34 かみにくい、食べにくいと思うことがある				
	35 歯並びやかみ合わせが気になる				
	36 歯ぐきから血が出るがある				
整形外科	37 背骨が曲がっている				
	38 腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがある				
	39 腕、脚を動かすと痛みがある				
	40 腕、脚に動きの悪いところがある				
	41 片脚立ちが5秒以上できない				
	42 しゃがみこみができない				