

ピンク色の注意事項は、特に注意してください。

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。特にない場合は、「なし」と記入してください。

1年	
2年	
3年	
4年	
5年	
6年	

学校で配慮が必要なものは、お書きください。記入しにくい場合は、学級担任か養護教諭へ、お知らせください。特になければ「なし」と記入してください。

※ 緊急時に使用します。確実に連絡がとれる連絡先をしっかりと記入してください。変更があれば、修正してください。

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	
4年	
5年	
6年	

この保健調査票は、6年間使用しますので、丁寧に扱い、漏れのないように記入してください。途中で変更等あった場合は担任へ知らせてください。

母子手帳で確認をして漏れなく、記入してください。

体調の変化や発熱時の参考にします。毎年ご記入ください。

秘 保健調査票

(小学校用)
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	4	5	6	血液型
組							Rh(+・-)
番号							() 型
保護者印又はサイン	印	印					

※ 毎年、必ず押印かサインをしてください。

ふりがな _____ 性別 男・女 生年月日 _____ 平成 _____ 生

児童名 _____ 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	〒 _____	外科系	
歯科	〒 _____	その他	

緊急の場合、学校から搬送する場合があります。

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 ※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)					市立病院		
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回目	2回目	3回目	4回目
① 日本脳炎					
② 水痘					
③ 4種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)					
④ BCG					
⑤ MRワクチン(麻疹・風疹混合)					
⑥ 小児肺炎球菌ワクチン					
⑦ ヒブ(Hib)ワクチン					
⑧ その他(例:麻疹単独、ポリオ単独等)					

<罹患歴>

麻しん	風しん
有・無	有・無

※ 忘れないように記入してください。

5 平常時の体温

1年	2年	3年	4年	5年	6年
℃	℃	℃	℃	℃	℃

