

保健に関する調査票 I

フリガナ		男 ・ 女	出生時体重	g
生徒氏名			血 ABO 型	A・B・O・AB
生年月日	平成 年 月 日 生		液 Rh 型	+・-

かかりつけ の医師	病院名	医師名	電話番号

1 今までに受けた予防接種（母子手帳を参照して○を付けてください）

DPT (ジフテリア・破傷風・百日咳)		ポリオ (小児マヒ)		流行性耳下腺炎 (おたふく)	
麻疹 (はしか)		風疹 (三日はしか)		日本脳炎	
水痘 (水ぼうそう)		ツベルクリン反応	-・±・+	BCG	

2 これまでにかかったことのある病気

麻疹(はしか)	才	風疹 (三日はしか)	才	水痘 (水ぼうそう)	才	流行性耳下腺炎 (おたふく)	才
病名 (○でかこむ)	発病時 年齢	治療の様子 (内服、通院など)	病名 (○でかこむ)	発病時年 齢	治療の様子 (内服、通院など)		
心臓病	才		てんかん	才			
腎臓病	才		小児まひ	才			
肝臓病	才		盲腸	才			
ぜんそく	才		糖尿病	才			
結核	才		中耳炎	才			
肺炎、その他呼吸器の病気	才		副鼻腔炎	才			
けいれん	才		アトピー性皮膚炎	才			
リウマチ熱	才		アレルギー性結膜炎	才			
川崎病	才		アレルギー性鼻炎	才			
関節脱臼	才		その他				
ヘルニア	才		()	才			

3 その他

今までに受けた大 きな手術・病気	・あり ・なし				
交通事故や 大きなけが	・あり ・なし				
アレルギー 体質の内容	くすり (あり・なし) 内容 :				
	食べ物 (あり・なし) 内容 :				
現在治療中の病気 がありますか?	・あり ・なし	病名	病院名および主治医名	学校で注意すること	
服薬は ありますか?	・飲んでいる ・飲んでいない	服薬の回数	1日に () 回 (何の薬;) 朝・昼・夕・寝る前・その他 ()	通院状況 : () 年・月・週に () 回	

保健に関する調査票Ⅱ

氏名 _____

4 てんかんについて

今までにけいれんを起こしたことがありますか？	・ある ・ない	現在も時々けいれんをおこしますか？	・おきる ・おきない（最後の発作は 才）
服薬	ない・ある（朝・昼・夕・寝る前・坐薬）薬名（ _____ ）		
発作の様子	（前兆や発作の始まりから終わりまでの様子など）		
発作の頻度	年・月・週・日に _____ 回発作がおこる	通院状況	ヶ月に _____ 回通院している
どんな時におこしやすい？			

5 日常の健康状態（あてはまるものに○印をつけてください）

全身状態	風邪をひきやすく治りにくい		耳鼻咽喉科系	耳の聞こえが悪い（右・左）		
	熱を出すとひきつけを起こす			耳だれが出る（右・左）		
	腹痛をおこしやすい			耳が痛むことがある（腫れる）		
	少しの運動で動悸・息切れする			鼻がつまりやすい		
	時々喘息発作をおこす			鼻水がよく出る		
	鼻血がよく出る			普段口を開けていることが多い		
	じんましんがでることがある			扁桃腺が腫れやすい		
	皮膚がかぶれやすい			鼻炎がある		
	手（右・左）にマヒがある			眼科系	テレビを見る時々近づく	
	足（右・左）にマヒがある				物を見る時、目を細める	
乗り物に酔いやすい		斜視がある				
生理時に苦痛（腹痛・頭痛等）がある		よく目が充血する				
歯科系	歯ぐきが腫れることがある		よく目やにがでる			
	歯をみがくとき血が出る		アレルギーがある			
	かむ力が弱い		生理（女子）	ある ・ ない		
	指しゃぶりのくせがある		排便	（ ）日に（ ）回		
	よくよだれが出る		平熱	（ ）度		

6 現在、ご家庭で医療的ケア（吸入・吸引、経管栄養、導尿、酸素吸入等）を実施していますか？

実施 : している ・ していない

実施内容 : 吸入 ・ 吸引 ・ 経管栄養 ・ 導尿 ・ 酸素吸入 ・ その他（ _____ ）

実施頻度 : （ ）回/日 ・ （ ）回/週 ・ （ ）回/月 ・ （ ）回/年

学校実施 : 必要 ・ 必要なし

7 体の具合で日頃から気をつけていること、学校で配慮してもらいたい事があれば、お書き下さい。
