

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 液 | ABO 型 | A・B・O・AB |
| 生年月日 | 平成 | 年 | 月 | | | 日 | 生 |

| | | | |
|--------------|-----|-----|------|
| かかりつけ の医師 | 病院名 | 医師名 | 電話番号 |
| | | | |
| | | | |

1 これまでにかかったことのある病気

| 麻疹(はしか) | オ | 風疹 (三日はしか) | オ | 水痘 (水ぼうそう) | オ | 流行性耳下腺炎 (おたふく) | オ |
|----------------|-----------|--------------------|----------------|---------------|--------------------|-------------------|---|
| 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 | オ | | てんかん | オ | | | |
| 腎臓病 | オ | | 小児まひ | オ | | | |
| 肝臓病 | オ | | 盲腸 | オ | | | |
| ぜんそく | オ | | 糖尿病 | オ | | | |
| 結核 | オ | | 中耳炎 | オ | | | |
| 肺炎、その他呼吸器の病気 | オ | | 副鼻腔炎 | オ | | | |
| けいれん | オ | | アトピー性皮膚炎 | オ | | | |
| リウマチ熱 | オ | | アレルギー性結膜炎 | オ | | | |
| 川崎病 | オ | | アレルギー性鼻炎 | オ | | | |
| 関節脱臼 | オ | | その他 | | | | |
| ヘルニア | オ | | () | オ | | | |

2 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？ | | | |

3 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