

保健に関する調査票Ⅱ

氏名

4 病歴・既往歴

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	

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）		
	熱を出すときひきつけを起こす			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		系	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 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。
