

# 保健調査票の記入方法

あてはまるものがあれば、記入してください

1 これまでにかかった病気等に○をつけ、かかった時の年齢と現在の状況を記入してください。											
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	治療		有	無				
心臓病(病名)		才	才	才							
腎臓病(病名)		才	才	才							
ひきつけ・てんかん		才	才	才							
学校生活管理指導表、糖尿病連絡表等の有無	心疾患用(有/無)	腎疾患用(有/無)	アレルギー疾患用(有/無)	糖尿病連絡表(有/無)							
2 予防接種歴、既往歴、副作用歴		未接種	接種有	接種有	接種有	感染有	副反応有				
① 日本脳炎		(1回目)	(2回目)	(3回目)	4回目						
② 3種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風)		(1回目)	(2回目)	(3回目)	(4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 麻疹(はしか)		(1回目)	(2回目)								
⑤ 風疹(三日はしか)		(1回目)	(2回目)								
⑥ 水痘(水ぼうそう)	○	1回目	2回目			○					
⑦ 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		(1回目)	2回目								
⑧ 肺炎球菌性肺炎(肺炎球菌ワクチン)	○	1回目	2回目	3回目	4回目						
⑨ インフルエンザ桿菌(HIB)		(1回目)	2回目	3回目	4回目						
⑩ BCG		(1回目)	未接種の理由: ツベルクリン反応が陽性だったため( ), その他( )								
⑪ その他任意接種等で受けたものがありましたらご記入ください。											
3 結核について		小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3	
①	今までに結核性の病気(肺浸潤、胸膜炎、ろくまぐた、頸部リンパ腺結核等)にかかったことがありますか?	(いいえ)	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	
②	今まで結核の予防薬を飲んだことがありますか?	(いいえ)	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	
③	生まれてから家族や同居人で結核にかかった人がいますか?	(いいえ)	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	
④	過去3年以内に通算して半年以上、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	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	
	「はい」の場合、その国はどこですか?										
⑤	2週間以上「せき」や「たん」が続いていますか?	(いいえ)	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	
⑥	医療機関で受診していますか?	(いいえ)	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	
⑦	ぜんそく、ぜんそく性気管支炎などといわれていますか?	(いいえ)	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	
4. アレルギー等について 該当する場合は原因と使用薬と学年に○を、ない場合は/を記入してください。											
アレルギー等	原因	常用薬・緊急時の薬等	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
ぜんそく			/	/	/	/	/	/	/	/	/
アトピー性皮膚炎			/	/	/	/	/	/	/	/	/
アレルギー性鼻炎			/	/	/	/	/	/	/	/	/
アレルギー性結膜炎			/	/	/	/	/	/	/	/	/
食物アレルギー			/	/	/	/	/	/	/	/	/
アナフィラキシーショック その他 薬品・昆虫など			/	/	/	/	/	/	/	/	/
アドレオン自己注射薬(エビペン)を処方されていますか。 (いいえ) ・ はい → はいの場合、該当学年に○をする。											
化学物質過敏症	症状【	】									

有無のいずれかに○を付けてください

・未接種の場合は未接種に○を記入  
・接種有の場合は接種した回数すべてを○で囲む  
・感染したことがある場合は感染有に○を記入  
・予防接種の副反応がある場合は、副反応に○を記入

お子さんの学年欄の「いいえ、はい」のいずれかに○をつけてください

アレルギーがある場合は、○  
ない場合は、/

# 保健調査票の記入方法

氏名

5 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、ない場合は／を記入してください。

科	番号	症 状	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
内科	1	頭痛・腹痛を起こしやすい	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	2	下痢、便秘になりやすい	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	3	長く立っていると立ちくらみがしたり気分が悪くなる	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	4	動悸、めまい、息切れをすることがある	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	5	気を失って倒れたことがある	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	6	皮膚にかゆみや発疹がある	/	/	/	/	/	/	/	/	/
耳鼻科	7	聞こえが悪い 聞き返しが多い	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	8	鼻水やくしゃみがよく出る	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	9	色のついた鼻水がでたり、鼻がつまりやすい 鼻をすする	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	10	よくのどが痛くなったり、高熱が出る	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	11	いびきをかくことが多い。ふだん口を開けている	○	/	/	/	/	/	/	/	/
眼科	12	黒板の字が見えにくい、遠くを見るととき目を細める	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	13	目の位置や動きが気になる	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	14	快適にメガネ・コンタクトレンズを使用できていない	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	15	色まちがいをすることがある	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	16	目がかゆくなる、目やにが出る、目が赤くなる	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	17	歯が痛んだり、しみたりする	/	/	/	/	/	/	/	/	/
歯科	18	顎の関節が痛んだり音がしたりすることがある	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	19	歯並びやかみ合わせが気になる	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	20	歯ぐきから血が出る	/	/	/	/	/	/	/	/	/
整形外科	21	背骨が曲がっている	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	22	腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがある	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	23	腕、脚を動かすと痛みがある	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	24	腕、脚の動きの悪いところがある	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	25	片脚立ちが5秒以上できない	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	26	しゃがみこむことができない	/	/	/	/	/	/	/	/	/

○  
または  
/  
を記入してください

6 現在、治療中または病院で経過観察中の病気やけが、服薬をしている場合等、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」か斜線を引いてください。

小1	/	小2	特にない場合は、 “なし”か /を引いてください
小3	/	小4	
小5	/	小6	
中1	/	中2	
中3	/		