



# 保健調査表

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女

1 生育歴	イ. 出生状況                    正常    その他(                    )		
	ロ. 入学までの健康状況    健康    その他(                    )		
2 既往症	イ. 麻疹(はしか)	才	ト. 肝臓病                    才
	ロ. 水痘(みずぼうそう)	才	チ. 腎臓病                    才
	ハ. 風疹(三日ばしか)	才	リ. 糖尿病                    才
	ニ. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	才	ヌ. 自家中毒                    才
	ホ. 心臓病	才	ル. けいれん発作またはひきつけ                    才
	ヘ. 川崎病	才	ヲ. その他(                    )                    才
3 予防接種	今までに受けた予防接種に○をつけてください。 1. ポリオ    2. 三種混合    3. BCG    4. 麻疹    I期・II期    5. 風疹    I期・II期 6. MR(麻疹・風疹混合)I期・II期    7. 耳下腺炎    8. 日本脳炎    9. 水痘 10. その他(                    )		
4 体質	特異体質が なし	あり	1. アレルギー症状がある イ. アトピー ロ. 花粉症 ハ. 薬や食品などで発疹がでる 具体的な薬品、食品名など [                    ]
5 定期的に検査や相談、治療を受けていることがありましたらお書きください。(病名、病院名など)			
6 学校で知ってほしいこと、または連絡しておきたい、お子さんの健康上の問題や現在の様子などをお書きください。(長期服用している薬や、使えない薬なども差し支えなければお知らせください。)			
小 1			小 2
小 4			小 6
中 1			中 3

