



保健調査票

宇美南中学校ハピネス分校

この保健調査票は、お子様の健康管理に活用します。

年度初めにお渡ししますので、変更事項等がありましたら、赤で書き換えてご提出ください。

また、お子様の健康の保持増進をはかり、定期の健康診断を的確かつ円滑に実施するためのものです。さらに、緊急時、学校から病院へお子様を連れていく場合や、保護者への連絡にも使用します。記載事項の変更は早目に学校までお知らせください。

ふりがな				住 所				
名前				電話番号				
				学年	7 年	8 年	9 年	
生年月日	平成 令和	年	月	日生	保護者名	○を つける		

緊急連絡先

連絡を受けたい順にご記入ください。

	名 前	続 柄	連絡先(勤務先など)	電話番号
例	はぴねす あおい	母	携帯番号 〇〇会社	090-0000-0000 092-123-4567
1				
2				
3				

保険証の種類

該当する種類に○を付けてください。

変更がある場合は、下の欄ご記入ください。

現在	国民健康保険	社会保険	共済組合保険	その他 ()
変更後	国民健康保険	社会保険	共済組合保険	その他 ()

かかりつけの病院

けがや病気の時に診察を希望される病院を記入してください。

記入がない場合は、学校で判断することになります。

内科 小児科		外科		整形外科	
耳鼻科		歯科		眼科	

既往歴

今までに大きな病気・手術や入院をしたことがあれば記入してください。

病 名		いつ頃ですか		現在の状況	
		平成	年 月頃		
		平成	年 月頃		
麻疹 (はしか)	か か っ た 時 期	歳	予防接種の有無	あり (Ⅰ期・Ⅱ期)	: なし
風疹 (三日はしか)		歳	予防接種の有無	あり (Ⅰ期・Ⅱ期)	: なし
水痘 (みずぼうそう)		歳	予防接種の有無	あり (Ⅰ期・Ⅱ期)	: なし
流行性耳下腺炎 (おたふく風邪)		歳	予防接種の有無	あり (Ⅰ期・Ⅱ期)	: なし

ふりがな	
名前	

現病歴 定期的に受診している病気や慢性の病気、定期的に服用する薬などがあれば記入してください。
(喘息・アトピー性皮膚炎・てんかん・心臓病・腎臓病・その他)

病 名	いつから	通院間隔	病院名	薬	現在の状況
		・ () ヶ月毎		有	
		・ 症状が出た時		無	
		・ 通院していない			
		・ () ヶ月毎		有	
		・ 症状が出た時		無	
		・ 通院していない			
		・ () ヶ月毎		有	
		・ 症状が出た時		無	
		・ 通院していない			

アレルギー疾患 ある・なし 「ある」に○を付けた場合は、当てはまるものに○をつけ、
詳細を記入してください。

	食べ物	食品名 ()	食べた時の症状 ()
	薬・注射	薬品名 ()	その時の症状 ()
	その他	ハチ等 ()	その時の症状 ()
	アナフィラキシーショック (有・無)		アレルギー発症時の薬・エピペン (有・無)

連絡事項 健康状態に関することで、配慮が必要なことがありましたらお書きください。
ない場合は「なし」とお書きください。

7 年	8 年	9 年

※ この調査票は3年間使用しますので正確に記入してください。
※ 毎年4月に再確認をお願いしています。
変更がありましたら、訂正後、新しく記入をお願いします。