

【記入例】

秘

保健調査

5年度	1年	1組	12番
6年度	2年	2組	10番
7年度	3年	1組	10番

中央区立 ●● 中学校

このカードは、健康状態を正しく把握し学校生活を送る上で参考にするためのものです。

健康診断や日常の健康管理、緊急時以外の目的には使用しません。

記入内容によって、お子さんの学習や学校行事への参加を制限するものではありませんので、ご理解のうえ必要事項を正確にご記入くださいますようお願いいたします。

裏面や見開きのページも忘れずにご記入ください。

ふりがな	ちゅうおう はなこ	性別
生徒氏名	中央 花子	女
生年月日	●●●●年 ●●月 ●●日生	
保護者名	中央 太郎	

(緊急連絡先に変更が生じた場合は早めにご連絡ください。)

現住所 中央区●●●丁目●番●号 TEL (●●●●) ●●●●

※ 確実に連絡の取

日中ご家庭に不在の場合でも連絡が取れるように、勤務先等の連絡先をご記入ください。

緊急連絡先	連絡先名・氏名 (続柄)	連絡先名・氏名 (続柄)	連絡先名・氏名 (続柄)
	中央 太郎 (父)	中央 次子 (母)	中央 二郎 (祖父)
	TEL ●●-●●●●-●●●●	TEL ●●-●●●●-●●●●	TEL
	携帯 ●●●-●●●●-●●●●	携帯 ●●●-●●●●-●●●●	携帯 ●●●-●●●●-●●●●
	変更欄	変更欄	変更欄

健康保険証 保険証の種類 国保・社保・共済・生保・その他 ()・無
 記号 ●● 番号 ●●●●●● 保険者番号 ●●●●●●●●

① 医療証 (有) ・ 無

かかりつけの医療機関	内科：病院名	●●クリニック	TEL ●●-●●●●-●●●●
	外科・整形外科：病院名		TEL
	歯科：病院名	●●歯科医院	TEL ●●-●●●●-●●●●
	眼科：病院名	●●眼科	TEL ●●-●●●●-●●●●
	その他：病院名		TEL

健康保険証がある場合のみご記入ください。マイナンバーカードの個人番号は記入しないでください。

承諾書

受診する必要がある際、緊急により保護者が同行できない場合は、保護者に代わって学校が病院へ保険証情報及び住所等を伝えること、学校が医師から直接症状及び状態について聞くことは差し支えありません。

保護者名 中央 太郎

毎年、該当学年に必ずご記入ください。

1 アレルギーについて (この一年間で受診されたもしくは経過観察中の項目に○をつける。○は現学年の欄につける。)

アレルギー対応	1年	2年	3年
アレルギーについて、学校への対応や知らせておきたいことなどが…	ある ない	ある ない	ある ない
<対応や知らせておきたいことを、具体的に記入>			
●●アレルギーがあり、エピペンを持たせている。			
医師の診断 (原因についてなど)	受けている	受けていない	
病院名 (●●クリニック)		TEL ●●-●●●●●●-●●●●●●	

病名	発症年齢	1年	2年	3年
アトピー性皮膚炎	歳			
アレルギー性鼻疾患	歳			
アレルギー性眼疾患	歳			
ぜん息	歳			
・公害認定 (・受けている・受けていない) ・薬 (のんでいる・のんでいない) ・発作 (頻繁・ときどき・無)				
<診断など上記項目が変更になった場合は、訂正してください>				
食物アレルギー	● 歳	○	○	○
食品名と症状 (●●、発疹・痙攣) 対処 (エピペンを使用)				
薬剤アレルギー	歳			
薬剤名と症状 () 対処 ()				
その他 ()	歳			
症状と対処 ()				

毎年、該当学年に必ずご記入ください。

2 結核について (結核菌に感染しているかどうかの調査を行うことがあります。)

項目	1年	2年	3年
今までに結核性の病気 (肺結核、胸膜炎またはろくまく炎、頸部リンパ腺結核) にかかったことがあるか	いいえ はい 年 月頃	いいえ はい 年 月頃	いいえ はい 年 月頃
この1年間に、結核を予防するお薬を飲んだことがあるか	いいえ はい 年 月頃	いいえ はい 年 月頃	いいえ はい ●●●●年 ●●月頃
この1年間に、家族や同居人で結核にかかった人がいるか	いいえ はい 年 月頃	いいえ はい 年 月頃	いいえ はい 年 月頃
この1年間に、通算して半年以上、外国に住んだことがあるか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
「はい」の場合、国名はどこか	中国		
この2週間以上「せき」や「たん」が続いているか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
「はい」の場合	医療機関を受診しているか	いいえ はい	いいえ はい
	ぜん息、ぜん息性気管支炎などといわれているか	いいえ はい	いいえ はい

3 今までの健康状態 (該当がある場合のみご記入ください。)

病歴	病名	発病年齢	○印で記入			備考	病名	発病年齢	○印で記入			備考
			治癒	治療中	経過観察中				治癒	治療中		
	心臓病	歳					腎臓病	歳				
	川崎病	歳					けいれん・脳波異常等	歳				
その他の病気・手術歴							けが (後遺症がある) 部位・状況					

※既往症のうち、学校生活上で配慮が必要なことや医師から指導を受けていることなどをご記入ください。

毎年、該当学年に必ずご記入ください。

4 現在のからだのようす

名 前

中央 花子

※毎年、4月頃にご家庭にお渡しします。その時点で、確認・再記入をお願いします。

普段の様子について、該当する項目がありましたら、現在の学年の欄に○印をつけてください。		1年	2年	3年
平均体温		36.5 °C	36.4 °C	36.5 °C
内科	1 かぜをひきやすく、熱を出しやすい			
	2 ヒューヒュー、ゼーゼー息苦しいことがある			
	3 皮ふがかぶれたり、湿疹が出たりしやすい			
	4 頭痛をおこしやすい			
	5 腹痛をおこしやすい			○
	6 便秘がちである			
	7 長時間立っていると、気分が悪くなる			
	8 少しの運動で、動悸、息切れがする			
	9 乗り物に非常に酔いやすい		○	○
耳鼻科	1 よく耳が痛んだり、耳だれが出たりしやすい			
	2 耳の聞こえが悪い			
	3 鼻血が出やすい			
	4 よく鼻がつまったり、鼻汁が出たりする			
	5 ふだん口を開けている			
	6 のどが痛くなったり、はれたりしやすい			
眼科	1 目が赤くなりやすい			
	2 よく目がかゆくなる			
	3 黒板の字が見えにくいことがある			
	4 めがね・コンタクトレンズを使用している		○	○
歯科	1 冷たいものや、熱い食べ物で、歯がしみる			
	2 歯ぐきから出血しやすい			
	3 口を開けると、あごの関節が痛んだり、音がしたりする			
	4 歯並びが気になる			
	5 矯正中である			
上記に当てはまる項目はありません。		○		
その他の連絡事項	1年	特になし。		
	2年	特になし。		
	3年	月経時の生理痛、頭痛の症状が重い。		

※現在不安に感じていることや月経に伴う体の不調などをご記入ください。

毎年、該当学年に必ずご記入ください。

記入漏れにご注意ください。

5 運動器について

専門医の受診が必要かどうか等を診断します。

現在の様子について、該当する項目がありましたら現在の学年の欄に○印をつけてください。

項 目		1年	2年	3年	図	
下記に当てはまる項目はありません。		○			図1	
運動器	①両肩の高さに差がある				図1 	
	②両肩甲骨の高さ・位置に差がある					
	③左右の脇線の曲がり方に差がある					
	④前屈した左右の背面の高さに差がある		○	○		
	2	体をそらしたり、曲げたりしたときに腰に痛みがある ※怪我による痛みなど原因がはっきりしている一時的な痛みを除く				図2
	3	手のひらを上に向けて腕を伸ばしたとき、完全に伸びない、または完全に曲がらない（指が肩につかない）ことがある ※複数回練習後、完全に伸びるまたは完全に曲がれば○をつけない				図3
4	バンザイした時、両腕が耳につかない ※複数回練習後、耳につけば○をつけない				図4 	
5	片脚立ち（左右交互にやって下さい）すると体が傾いたり、ふらついたりする ※複数回練習後、体が傾いたり、ふらついたりしなければ○をつけない				図5 	
6	足の裏を全部床につけて完全にしゃがむことができない ※足を肩幅程度に開いて、複数回練習後、完全にしゃがむことができれば○をつけない				図6 	
1～4で1つでも○がついた場合は7にお答えください。						
7	上記の症状で現在、整形外科にかかっている			○		
7で○がついた場合は、8と9にお答えください。						
8	運動をやりすぎている（地域のスポーツクラブなどでほぼ毎日運動している等）			○		
9	運動不足である（体育の授業以外は全く運動しない等）			×		

6 これまでに受けた予防接種と既往歴

Q8・9は○×でご記入ください。

未接種の場合は、「未接種」欄に○印をつけてください。接種済の場合は、「接種有」欄の接種した回数すべてを○印で囲んでください。接種したかどうかわからない場合は、「接種不明」欄に○印をつけてください。感染したことがある場合は、「過去に感染有」欄にかかった年齢を記入してください。

接 種 内 容	未接種	接 種 有				接種不明	過去に感染有
		1回目	2回目	3回目	追加		
インフルエンザ菌b型 (H i b)		1回目	2回目	3回目	追加	○	歳
小児肺炎球菌		○1回目	○2回目	○3回目	○追加		歳
B型肝炎		○1回目	○2回目	3回目	/		歳
四種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)		○1回目	○2回目	○3回目	追加		百日咳： 歳 他()： 歳
MR (麻しん・風しん混合)		○1回目	○2回目	/	/		麻しん： 歳 風しん： 歳
水痘 (みずぼうそう)		○1回目	2回目	/	/		歳
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		○1回目	2回目				5 歳
日本脳炎	○	1回目	2回目	3回目	追加		歳
二種混合・DT (ジフテリア・破傷風)		○1回目	/	/	/		/
三種混合・DPT (ジフテリア・百日咳・破傷風)		○1回目	○2回目	3回目	追加		/
ポリオ (小児まひ)		○1回目	○2回目	3回目	追加		歳
BCG (結核)		○1回目	/	/	/		/
日本以外でBCGを受けた場合：国名 ()							
BCGを受けていない理由：							